Eina kartą mėnesyje | 1928 m. | IX METAI.

Nr. 8 | Rugpiūčio mėn. | Nr. 8

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR
:-: PRAKTIKOS REIKALAMS. :-:

LEIDŽIA: L. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja || Redaktorius D-ras J. Staugaitis.

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 15-07

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litai puslapiui. | PRENUMERATOS KAINA: metams 40 litų, pusei m. 20 litų.

Šito numerio kaina 4 lit.

TURINYS.

SOMMAIRE.

MEDICINA

laikraštis, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

IX met.	1928 m. Rugpiūčio m.	Nr. 8

Prof. Vl. Lašas, gyd. Tiškus ir gyd. Zubkus.
Fiziologijos ir fiziologinės chemijos laboratorija.

Blužnis ir kraujas.

Iki paskutiniųjų laikų blužnies funkcija buvo mažiausiai ištirta. Kokis blužnies santykis su kraujo apytaka, kokią reikšmę turi blužnis kraujo kiekiui ir jo sudėčiai, kaip ji veikia kraujo apytakai bei kraujui pakitėjus, — štai klausimai, į kuriuos atsakyti nemokėta. Į šitą sritį daug aiškumo įnešė Kambridžo fiziologas J. B a r c r o f t'as su savo bendradarbiais. 1924—1926 metais, iš pradžių anglų, paskui ir vokiečių literatūroje, J. B a r c r o f t'as paskelbė, kad blužnis, be kita ko, yra kraujo rezervuaras, sandėlis, kur esant organizmui ramume sukraunama gera dalis kraujo ir jo forminių elementų, ir, pasikeitus sąlygoms, kada organizmui staiga prireikia daugiau erytrocitų, hemoglobino, tada blužnis susitraukia ir išspaudžia iš savęs rezervinį kraują ir mes turime polyglobuliją[1]). Seniau buvo manoma, kad tokiais atvejais pagreitina funkciją hemopoetiniai organai, bet sunku buvo suprasti, kaip gali hemopoetiniai organai taip greit išvystyti erytrocitų gamybą, jeigu jų skaičius keliais šimtais tūkstančių arba net ir milijonu viename kub. milimetre padidėja per kelias arba keliolika sekundų ar minučių. Tuojau po B a r c r o f t'o darbų pasirodžiusieji vokiečių fiziologų S c h e u n e r t'o, K r z y w a n e k'o, A b d e r h a l d e n'o, prancūzo fiziologo B i n e t'o darbai[2]) J. B a r c r o f t'o teoriją patvirtino. Jei detalėse mes šituose darbuose matome skirtumų, tai pagrindinėje mintyje visi, kurie iki šio laiko arčiau buvo susidūrę su šituo klausimu, sutinka su J. B a r c r o f t'u. Dabar šituo klausimu labai sparčiai auga literatūra ir šitokios blužnies funkcijos šviesoje darosi suprantami tokie reiškiniai, kurių anksčiau išaiškinti nemokėta.

Kada organizmas, buvęs ramume, staiga pereina į įtempimo būklę, organizmo dujų apykaita pagreitėja, į veikiančius organus kraujo subėga daugiau, kraujo kapilarai, organui

---

[1]) Plačiau apie tai žiūr. prof. V. L a š o straipsnį: „Blužnis, kaip kraujo rezervuaras“ „Medicinoje“ 1928 m. Nr. 5, 319—327 pusl.

[2]) Čia minimi darbai nurodyti 1928 m. „Medic.“ Nr. 5, 326—327 pusl.

esant ramiam buvę uždaryti, pradeda atsidaryti ir funkcionuoti, kraujo paleidžiama į apyvartą daug daugiau. Jeigu organizmas gali staiga paleisti į apyvartą kraujo daugiau, tai, reikia manyti, kad dalis kraujo, kada organizmas esti ramume, laikoma rezerve. Jei blužnis, kaip J. Barcroft'as pirmas prileido, yra kraujo rezervo sandėlis ir jei gyvulys arba žmogus, kada pradeda sunkiai dirbti, organizmo padidintai dujų apykaitai išlaikyti turi turėti kraujuje erytrocitų ir hemoglobino daugiau negu ramume, tai tokiais atvejais turi panaudoti kraujo rezervus, išspausdamas juos iš blužnies. Darbas bei įtempimas turėtų sumobilizuoti erytrocitų bei hemoglobino rezervus, nes erytrocitai su savo hemoglobinu reikalingi, kaip deguonio ekspeditoriai ir pernešėjai dirbantiems organams, kad į juos būtų sunešti didesnio deguonio kiekiai. Taip suprasdami Barcroft'o teoriją, mes ir pasiryžome patikrinti ją, panaudodami darbą, nuovargį, kaip faktorių, kuris didina dujų apykaitą ir todel turi sukelti blužnies kontrakcijas ir versti paleisti rezervinius erytrocitus iš blužnies, kaip sandėlio, į apytaką.

Mūsų darbo metodika buvo tokia: Nustatydavome kraujo erytrocitų ir leukocitų skaičių viename kub. mm. ir erytrocitų tūrį kraujuje. Kraują imdavome dažniausiai iš ausies venų. Pavargdinę tiriamąjį gyvulį 10—15 min., vėl nustatydavome kraujo erytrocitų ir leukocitų skaičių viename kub. mm. ir erytrocitų tūrį. Erytrocitus bei leukocitus apskaičiuodavome Thoma - Zeiss'o arba Bürker'o kamerų pagelba. Erytrocitų tūrį apskaičiuodavome hematokrito pagelba, centrifuguodami kraują 15—20 min. centrifūge, kuris daro 3000—3500 apsisukimų per min.

Kad galima būtų išsiaiškinti blužnies vaidmuo kraujo sudėties pakeitime, dalis eksperimentų buvo daryta su sveikais gyvuliais, dalis su gyvuliais, kuriems prieš tai blužnis buvo ekstirpuota. Blužnies pašalinimo operacija buvo daryta aseptiškai ir iki eksperimentų pradžios buvo išlaukiama, kad gyvulys nuo operacijos visai pasitaisytų. Reikia pažymėti, kad šuo, būdamas patvarus ir judrus gyvulys, nuvarginti net ir per 15 min. sunku, tuo tarpu triušis nuvargsta labai greit. Nors vargdinimo laiko visuomet prisilaikydavome vienodo, tačiau pasakyti, kad kiekvienas gyvulys per tą patį laiką būtų vienodai nuvargintas, negalima, ypač kalbant apie šunis. Vienas šuo po 15 min. intensyvių judesių nebelinkęs judėti, kitas dar šokinėja. Nuovargio objektyvus mąstas turėti yra labai sunku. Dirbant su gyvuliais, ypač su šunimis, sunku sudaryti darbo sąlygos visai vienodos, sunku išjungti kraujo sudėtį veikiantieji faktoriai, kaip antai: darbas prieš vargdinimą, virškinimo įtaka ir t. t.

Sveikų šunų erytrocitų, leukocitų skaičiai ir erytrocitų tūris prieš nuvargimą ir po nuvargimo buvo tokie:

Lentelė Nr. 1.

Data		Prieš nuvargimą	Po nuvargimo
	Šuo „taksas“		
1927. XI. 21 d.	Erytrocitų	6.657.142	6.722.222
	Leukocitų	8.800	16.400
	Erytroc. tūris hematokritu	43,89	45,83
	Šuo „juodas“.		
1928. II. 8 d.	Erytrocitų	4.530.000	5.255.000
	Leukocitų	10.812	12,000
	Erytroc. tūris hematokritu	34.2	34,5
1928. II. 9 d.	Erytrocitų	4.980.000	5.485.000
	Leukocitų	7.500	6.250
	Erytr. tūris hematokritu	36,5	—
1928. II. 10 d.	Erytrocitų	4.820.000	7.130.000
	Leukocitų	7.000	7.687
	Erytr. tūris hematokritu	34,0	35,5
1928. II. 14 d.	Erytrocitų	4.850.000	5.075.000
	Leukocitų	8.310	8.500
	Erytr. tūris hematokritu	33	36
1928. II. 25 d.	Erytrocitų	5.240.000	5.375.000
	Leukocitų	10.125	8.560
	Erytr. tūris hematokritu	36.36	36,5
1928. III. 3 d.	Erytrocitų	4.840.000	6.170.000
	Leukocitų	8.400	6.200
	Erytr. tūris hematokritu	32	34
1828. III. 10 d.	Erytrocitų	5.190.000	6.110.000
	Leukocitų	8.000	4.000
	Erytr. tūris hematokritu	32,5	32,5
1928. III. 13 d.	Erytrocitų	4.370.000	4.610.000
	Leukocitų	3.200	2.400
	Erytr. tūris hematokritu	34	36
1928. III. 15 d.	Erytrocitų	5.770.000	5.450 000
	Leukocitų	4.200	4.600
	Erytr. tūris hematokritu	35	34
1928. III. 18 d.	Erytrocitų	5.680.000	—
	Leukocitų	8.200	5.600
	Erytr. tūris hematokritu	30	32
Vidutiniškai	Erytrocitų	5.175.195	5.738.222
	Leukocitų	7.686	7.472
	Erytroc. tūris hematokritu	34,68	35,68

Kaip iš lentelės matyti, varginto šunies kraujuje erytrocitų skaičius ir tūris esti daug didesnis negu nevarginto.

Tokiu pat būdu tirtas kraujas šunio be blužnies. (žiūr. Lentelę Nr. 2).

Lentelė Nr. 2.

Data	Šuo be blužnies	Prieš nuvargimą	Po nuvargimo
1927. XI. 10 d.	Erytrocitų	5.640.000	5.100.000
	Leukocitų	13.044	17.000
	Erytr. tūris hematokritu	32	33,77
1927. XI. 12 d.	Erytrocitų	4.661.200	5.000.000
	Leukocitų	17.400	15.000
	Erytroc. tūris hematokritu	32,65	32,3
1927. XI. 19 d.	Erytrocitų	4.588.888	5.212.500
	Leukocitų	17.400	21.400
	Erytr. tūris hematokritu	33,96	33,24
1927. XI. 21 d.	Erytrocitų	5.287.500	5.321.400
	Leukocitų . , . . .	6.600	6.800
	Erytr. tūris hematokritu	32,98	32,99
1927. XI. 26 d.	Erytrocitų	5.700.000	5.260.000
	Leukocitų	11.800	21.000
	Erytr. tūris hematokritu	32,12	32,84
1927. XII. 1 d.	Erytrocitų	4.370.875	4.335.714
	Leukocitų	15.000	17.600
	Erytr. tūris hematokritu	28,5	30,0
1927. XII. 2 d.	Erytrocitų	5 320.000	5.720.000
	Leukocitų	21.485	23.400
	Erytr. tūris hematokritu	36,5	37,0
1927. XII. 3 d.	Erytrocitų	6.060.000	5.970.000
	Leukocitų	23.000	19.400
	Erytr. tūris hematokritu	34	35
1927. XII. 21 d.	Erytrocitų	5.861.111	6.188.888
	Leukocitų	12.000	24.000
	Erytr. tūris hematokritu	39	42
Vidutiniškai . .	Erytrocitų	5.276.620	5.345.389
	Leukocitų	15.370	18.400
	Erytroc. tūris hematokritu	33,52	34,35

Šuo be blužnies po varginimo taip pat vidutiniškai turi erytrocitų skaičių padidėjusį, tik padidėjimas yra labai nežymus.

Toliau mėgintas triušis be blužnies.

Lentelė Nr. 3.

Data	Triušis be blužnies	Prieš nuvargimą	Po nuvargimo
1927. XI. 8 d.	Erytrocitų	5.166.666	4.807.143
	Leukocitų	9.828	15.156
	Erytroc. tūris hematokritu	28,17	30
1927. XI. 11 d.	Erytrocitų	3.921 300	4.266.666
	Leukocitų	11.400	14.000
	Erytroc. tūris hematokritu	28	30,24
1927. XI. 12 d.	Erytrocitų	4.862.500	4.443.800
	Leukocitų	8.600	13.800
	Erytr. tūris hematokritu	28,95	29,16
1927. XII. 6 d.	Erytrocitų	4.200.000	4.580.000
	Leukocitų	12.000	16.000
	Erytr. tūris hematokritu	27	31
1927. XII. 10 d.	Erytrocitų	5.170.000	4.480.000
	Leukocitų	14.000	7.600
	Erytr. tūris hematokritu	27	30
1927. XII. 19 d.	Erytrocitų	3.964.285	3.893.750
	Leukocitų	6.600	13.800
	Erytr. turis hematokritu	27,5	27,63
Vidutiniškai	Erytrocitų	4.547.458	4.411.893
	Leukocitų	10.371	13.392
	Erytroc. tūris hematokritu	27,77	29,67

Po vargdinimo triušio be blužnies kraujuje, bendrai imant, erytrocitų sumažėjo. Tokiu pat būdu eksperimentuojant su sveikais triušiais taip pat dažnai gaunamas erytrocitų skaičiaus sumažėjimas. Reikia žinoti, kad triušių blužnis yra labai maža. Ranke[1]) triušio blužnyje surado tik 0,23% viso triušio kraujo kiekio. Triušių blužnis šituo atžvilgiu nevaidina tos rolės, kokią vaidina blužnis tokių gyvulių, kurių blužnis palyginti didelė. Erytrocitų skaičiaus sumažėjimas, matyti, būna del erytrocitų irimo. Gaila, kad erytrocitų amžius nėra gerai žinomas. Jei tikėsime jau seniai Quincke's[2]) pareikšta nuomonė, kad erytrocitas gyvena 30 dienų, tai turėtume manyti, kas kasdien visų erytrocitų $^1/_{30}$ dalis žūva. Jei kasdien žūva $^1/_{30}$ dalis visų erytrocitų, tai galima prileisti,

[1]) Junk W.: Tabulae biologicae. Berlin. 1925.
[2]) Cit. iš Abderhalden E.: Lehrbuch d. Physiologie, II d., 1925.

kad vargdinant gyvulį erytrocitų irimas gali pasidaryti spartesnis bent tuo momentu, kada gyvulį varginame ir kada gyvulio erytrocitai dėl padidėjusios funkcijos gali kaip tik greičiau susinešioti. Kad būna erytrocitų hemolizė varginant gyvulius, mini Arn. Durig'as[3]) savo darbe apie nuovargį, remdamasis kitų tyrinėjimais, kurių eksperimentuota kaip tik su triušiais ir šunimis. Erytrocitų sumažėjimą vargintų triušių kraujuje galime aiškinti silpnais triušių kraujo rezervuarais ir erytrocitų hemolize.

Bandymai su žmonėmis (Žiūr. Lentelę Nr. 4).

Lentelė Nr. 4.

Asmuo		Prieš nuvargimą	Po nuvargimo	Pastaba
T. K.	Erytrocitų skaičius . .	4.724.000	5.565.000	Užbėgo ir nubėgo laiptais į III aukštą 10 kartų
	Erytroc. tūris hematokr.	43	45	
	Leukocitų	8.562	15.375	
B. Š.	Erytrocitų	4.655.000	5.010.000	„
	Erytr. tūris hematokritu	44	48	
	Leukocitų	5.250	5.250	
J. P.	Erytrocitų	4.790.000	6.480.000	„
	Erytr. tūris hematokritu	45	52	
	Leukocitų	13.000	12.000	

Buvo mėginta ir daugiau žmonių. Šituose bandymuose mes matome po ūmaus nuovargio erytrocitų skaičiaus ir tūrio didesnį ar mažesnį padidėjimą. Pažymėtinas tik vienas atsitikimas, kada mes gavome po varginimo erytrocitų mažesnį skaičių negu prieš varginimą.

Matydami, kad žmonių ir šunų kraujuje po varginimo būna erytrocitų skaičius padidėjęs, darėme pastangų įsitikinti, ar gali būti, kaip J. Barcroft'as yra nurodęs, blužnis tuo rezervuaru, iš kurio erytrocitai staigiai paleidžiami į bendrą kraujo apytaką. Pradėjome pačios blužnies kontrakcijas stebėti.

Blužnies susitraukimams observuoti mes imdavome gyvo šunio blužnį ir matydavome, kaip blužnis, šalto oro veikiama, pamažu susitraukia.

---

[3]) Atzler E.: Körper und Arbeit. Leipzig. 1927.

Dar greitesnis būna blužnies susitraukimas, kada jaudiname elektros srove tuos nervus, kurie eina į blužnį, apsipynę apie blužnies kraujagysles. Paėmus blužnies kraujagysles ant elektrodų ir paleidus iš induktoriumo trukčiojančią srovę, per keliolika sekundų blužnis ties ta vieta, ties kuria jaudinami nervai, susitraukia ir nubala, tuo tarpu kitose vietose blužnis pasilieka, kaip ir buvusi, tamsiai raudona. Nubalusi ir susitraukusi blužnies zona žymiai kietesnė — maždaug kremzlės kietumo. T a i t'as ir C a s h i n'as[1]), panaudodami elektros jaudinimo metodą, galėję nustatyti blužnyje apie 13 susitraukimo zonų ir tuo būdu suradę blužnies kaip ir segmentaciją. Jaudinant blužnies nervinį aparatą preganglionariškai, blužnis susitraukia visa; tas pat būna jaudinant nugaros smagenų priešakines šakneles. T a i t'as ir C a s h i n'as spėja, kad blužnies segmentinės inervacijos kaltininkas esąs ganglion coeliacum arba patys blužnies nervai. Blužnies segmentai nuo vienas kito esą atskirti skersinėmis sijomis; siena tarp jų, žinoma, nėsanti absoliuti, nes jie, įšvirkšdami tušo ir užspausdami venas, pastebėję, kad pajuodavusios nuo tušo ir kaimyninės zonos. Kas yra jaudinęs elektra blužnies nervus, tas galėjo įsitikinti, kad šitokis būdas blužnies segmentacijai nustatyti negali duoti tikslių rezultatų.

Blužnis jaudinama susitraukia ir nubala. Šitas faktas leidžia daryti išvadą, kad blužnis, susitraukdama, išspaudžia iš savęs kraują. Iš blužnies tūrio sumažėjimo galima apskaičiuoti ir išspaustojo iš blužnies kraujo kiekis. Paminėsime kai kuriuos šitos rūšies bandymus.

I b a n d y m a s. Šuo chloralhidratinėj narkozėj. Prieita prie blužnies kraujagyslių. Vienas blužnies galas susitraukė daugiau kaip kitas.

	P r i e š j a u d i n i m ą:	P o j a u d i n i m o:
Blužnies ilgis	13,5 cm.	11,6 cm.
„ plotis	4.0—2,7—3,2 cm.	3,8—2,4—2,8 cm.

Susitraukusi blužnis ekstirpuota, tuojau fiksuota ir paskui nustatytas jos tūris.

Susitraukusios blužnies tūris — 21,0 cm^3.

Prieš susitraukimą blužnies tūris turėjo būti 30,45 cm^3.

II b a n d y m a s. Šuo. Šitam jaudinta elektra visi nervai.

---

[1]) T a i t J o h n and M. F. C a s h i n: Some points concerning the structure and function of the spleen. Quart. journ. of exp. physiol. 15 t., Nr. 3—4, 1925.

Prieš jaudinimą:		Po jaudinimo:
Blužnies ilgis	16 cm.	11 cm.
„ plotis	4,5—2,7—3,5 cm.	3,1—2,0—2,5 cm.
„ tūris	44,64 cm.^{3}	15,5 cm.^{3}

III bandymas. Šuo. Išmatuota blužnis. Įleista į veną adrenalino. Blužnis tuoj susitraukė.

Prieš injekciją:		Po injekcijos:
Blužnies ilgis	18,5 cm.	12 cm.
„ plotis	6,0—4,1—4,0 cm.	4,0—2,5—2,5 cm.
„ tūris	56,1 cm.^{3}	17,0 cm ^{3}

Mes nežinome, kiek buvo susitraukusi blužnis prieš pirmą matavimą; ji galėjo būti šiek tiek susitraukusi. Po jaudinimo elektra arba po adrenalino injekcijos blužnis dar susitraukė žymiai: I bandyme jos tūris po jaudinimo sumažėjo 1,45 sykių,
II bandyme jos tūris po jaudinimo sumažėjo 2,88 sykių,
III bandyme jos tūris po jaudinimo sumažėjo 3,3 sykių.
Blužnis susitraukdama, kaip jau buvo minėta, bala, iš to aišku, kad ji iš savęs išspaudžia kraują. Iš sumažėjimo jos tūrio galime spręsti, kiek ji paleidžia į bendrą kraujo apytaką kraujo. I bandyme, kada jinai tiktai iš dalies susitraukė, išspaudė 30,45 — 21 = 9,45 cm^3. kraujo; II bandyme blužnis išspaudė 44,64 — 15,5 = 29,14 cm^3. kraujo, ir III bandyme — 56,1 — 17,0 = 39,1 cm^3. Jei paimsime šunį, kuris sveria 6.000 gr., kraujo jis turi 7,4% savo svorio (Welcker, Gscheidlen, Ranke[1]), vadinas, 444 gr. kraujo, o blužnis gali išmesti į kraujo apykaitą apie 40 gr., tas sudaro arti 10% viso kraujo — tai priedas didelis. Iš to aišku, kokios didelės reikšmės turi organizmui blužnis, kaip rezervinio kraujo sandėlis.

Dar daugiau mes šituo atžvilgiu pradėjome vertinti blužnį, kada pastebėjome, kad ištekantis iš blužnies kraujas erytrocitų ir hemoglobino atžvilgiu yra daug daugiau koncentruotas, negu bendrosios kraujo apytakos kraujas.

Vieną sykį buvo pastebėta, kad ištekantis iš blužnies kraujas turi erytrocitų 77,5 tūrio procentų ir hemoglobino 155 (pagal Sahli), o bendrosios kraujo apytakos kraujas turėjo hemoglobino 109 ir erytrocitų 52 tūrio %.

Antrą sykį pasisekė surasti blužnies kraujo erytrocitų 9.025.000 viename kub. mm. ir leukocitų 50.938.

Šitie skaitmens aiškiai rodo, kad blužnies kraujas yra, mažiausia, pusantro sykio daugiau koncentruotas negu šiaip kraujas, o jeigu taip, tai aukščiau paminėtas išspaudžiamas kraujas iš blužnies apie 40 cm^3. atstoja (40×1,5) = 60 cm^3.

---

[1]) Junk W.: Tabulae biologicae. Berlin. 1925.

kraujo, o tatai jau sudarytų 10 su viršum procentų viso šunio kraujo. Dabar bus suprantami bandymų su šunimis rezultatai, kurie pažymėti lentelėse Nr. 1 ir Nr. 2. Ten normalus šuo po varginimo turėjo kraujuje erytrocitų maždaug 10—11% daugiau negu prieš varginimą. Čia mes matome blužnį esant rezervinio kraujo sandėliu, kuriame mažiausia 10% kraujo sukrauta. Žinoma, nereikia manyti, kad mūsų paprastas šunio varginimas sukelia maksimalę blužnies kontrakciją ir kad tuo būdu priverčiame gyvulį išnaudoti visus sukrautus blužnyje rezervus. Todel galimas daiktas, kad erytrocitų skaičiaus padidėjimas po gyvulio varginimo pasidaro ne vien iš blužnies.

Tuo būdu kyla abejojimas, ar organizmas turi tik šitą vieną sandėlį. Eilė autorių (Abderhalden'as[1]), Wollheim'as ir kt.) pasisako, kad kraujo sandėliu yra, be to, ir jeknos ir oda. Wollheim'as[2]) sako, kad subpapilarinis odos plexus funkcijos atžvilgiu yra skirtinga nuo galinių papilos kapilarų sritis ir, be apykaitos procesų, pasižymi dar rezervuaro funkcijomis: plexus besikeičiant prisipildymui atima iš kraujo įvairų kraujo kiekį. Šituo atžvilgiu kalbamas plexus primenąs blužnies funkciją. Nesigilindami į kitų organų rezervuarines funkcijas ir jų galimumus, iš mūsų bandymų galime daryti išvadą, kad, be blužnies, kaip kraujo rezervuaro, dar turi būti kitas ar kiti organai, kurie turi turėti panašių uždavinių, nes šuo be blužnies po varginimo dar duoda erytrocitų skaičiaus padidėjimą, nors ir nežymų; jei kitos rezervuarinės vietos kūne visai nebūtų, tai tokio padidėjimo po blužnies ekstirpacijos nebebūtų. Čia kalbama tiktai apie šunis.

Visi tirtieji gyvuliai, ir šunys ir triušiai, tiek su blužnimi, tiek ir be blužnies, po varginimo turėjo erytrocitų tūrį, nustatomą hematokritu, didesnį, negu prieš varginimą.

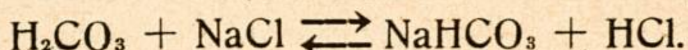
Kai kuriuose bandymuose mes matome erytrocitų skaičių viename kub. mm. po varginimo sumažėjusį esant, tuo tarpu tūris jų arba palikęs tas pats arba net padidėjęs. Tatai kaip ir nenuosaku ir netikslu. Tačiau jei vienoje antroje analizėje ir būtų netikslumų, tai negalima to pasakyti apie daugumą, todel gautieji rezultatai tenka turėti galvoje. Kad erytrocitų tūris turi padidėti, kada jų skaičius padidėja, tatai suprantama, bet kuo galima išaiškinti erytrocitų tūrio padidėjimas, kada erytrocitų skaičius nėra padidėjęs arba net sumažėjęs? Ar tai galimas daiktas? Iš dalies taip.

---

[1]) Abderhalden u. Roske: Die Bedeutung der Milz für Blutmenge und Blutzusammensetzung. „Pflüger's Archiv", t. 216, s. 3, 1927.

[2]) Wollheim E. Zur Funktion der subpapilären Gefässplexus in der Haut. „Klinisch. Wochenschr." Nr. 45, 1927.

Padidėjus raumeniniam darbui, varginant, raumenyse pasigamina CO_2 daugiau, užtat CO_2, įtempimas kraujuje pakyla. H_2CO_3 veikia NaCl (Čia reikia atminti masių veikimo dėsnį):



$$H_2CO_3 + NaCl \rightleftarrows NaHCO_3 + HCl.$$

Atsiradusi HCl perveda Na_2HPO_4 į NaH_2PO_4 ir pasiliuosuoja chloro jonų. Kada kraujo plazmoje esti daugiau angliarūkšties, tada ir Cl taip pat padaugėja. Erytrocitai anijonams ypač anorganinių druskų permeabliški, todel chloro jonų pereinama į erytrocitus, sykiu su jais pereina ir vanduo. Tuo būdu erytrocitų tūris padidėja. Užtat po gyvulio varginimo erytrocitų skaičiui nepadidėjus arba net sumažėjus, erytrocitų tūris, žiūrint į CO_2 įtempimo laipsnį plazmoje, gali būti nesumažėjęs arba gali būti net padidėjęs.

Todel tikslaus paralelizmo tarp erytrocitų padaugėjimo ir jų bendro tūrio pasikeitimo gali ir nebūti. Žinoma, jeigu erytrocitų tūris nesikeičia, o skaičius didėja, tai tąsyk bendras erytrocitų tūris bus tik padidėjusio erytrocitų skaičiaus funkcija.

Išvados.

1) Žmogaus, šūnio po varginimo kraujuje erytrocitų skaičius žymiai padidėja. Taip pat mėginant triušį, kuris turi labai mažą blužnį, kraujo erytrocitų skaičiaus padidėjimo nepastebėta.

2) Šunį be blužnies varginant, taip pat padidėja erytrocitų skaičius, bet padidėjimas esti labai nedidelis. Šita aplinkybė leidžia įtarti kitos, be blužnies, organizme vietos su rezervuarine funkcija buvimą.

3) Šunio blužnis, jaudinama elektra arba adrenalinu, gali susitraukti ir sumažinti savo tūrį tris su viršum sykių ir sykiu su šituo išspausti iš savęs kraujo tiek, jog jis gali sudaryti apie 10% viso kraujo.

4) Išspaudžiamas iš blužnies kraujas turi savyje forminių elementų ir hemoglobino, mažiausia, 1,5 syk daugiau negu šiaip kūno kraujas.

5) Tarp erytrocitų skaičiaus pakitėjimų kraujuje ir erytrocitų tūrio pakitėjimų nėra visiško paralelizmo, matyt, del erytrocitų tūrio padidėjimo nuo CO_2 - įtempimo padidėjimo kraujuje gyvulį varginant.

ZUSAMMENFASSUNG.

1. Die Erythrocytenzahl im Blute des Menschen und des Hundes steigt bei der Ermüdung wesentlich. Dieselben Versuche mit Kaninchen die eine sehr kleine Milz haben, ergaben keine Steigerung der Erythrocythenzahle.

2. Nach Ermüdung eines milzlosen Hundes, steigt die Zahl der Erythrocyten ebenfalls, wenn auch in sehr geringem Masse. Dieser Umstand lässt, ausser der Milz, auch noch einen anderen Ort, ebenfalls Blutbehälter, vermuten.

3. Die Milz des Hundes kann sich unter Einwirkung von Elektrizität oder Adrenalin zusammenziehen und ihren Umfang mehr als auf das dreifache verkleinern, gleichzeitig presst sie eine Menge Blutes aus sich, die bis zu 10% der Gesamtmenge des Blutes ausmacht.

4. Das aus der Milz, ausgepresste Blut enthält anderthalb Mal so viel Formelemente und Haemoglobin, als sonst das Körperblut.

5. Die Vorgänge der Veränderung der Erythrocytenzahl und der Veränderung des Erythrocytenvolums gehen nicht ganz parallel einhert was wahrscheinlich bedingt ist durch die Volumvergrösserung der Erythrocyten durch CO_2 — durch die Erhöhung der Spannung im Blute durch Ermüdung des Tieres.

Doc. P. Stančius.

Rentgenas dantų ir žandikaulių ligų diagnostikoje*).

Šiuo metu, galima sakyti, nėra tos šakos medicinoje, kur rentgeno spinduliai nebūtų vartojami ar diagnostikos ar terapijos tikslams. Nuo pat rentgeno spindulių išradimo jie tuojau tapo pavartoti, kaipo diagnostikos priemonė, ir burnoje. Pirma dantų srities rentgeno nuotrauka buvo padaryta prof. Wolkhoff'o 1895 mt. Dabar jau rentgenas, kaipo diagnostikos priemonė, randa sau pritaikymą burnoje ne tik chirurgiškų susirgimų atvejais, bet ir konservatiškai dantis gydant bei įtaisant protezus. Bendrai imant, šiuo metu rentgenas užsieniuose yra kasdieninė priemonė kiekvieno stomatologo ar dantų gydytojo praktikoje.

Man netenka čia kalbėti apie rentgeno spindulių teoriją, apie jų fiziškas ar kitas savybes. Aš turiu tik galvoje praktišką rentgeno spindulių pritaikymą dantų ir žandikaulių srities diagnostikoje, o trumpiau tariant, mokėjimą rentgeno nuotraukas išskaityti, jose orijentuotis.

Prašviečiant rentgeno spinduliais, pastarieji lengvai praeina pro minkštus organizmo audinius — raumenis, jungiamąjį audinį ir kitus; mažai teužsilaikyadmi šituose audiniuose, spinduliai intensyviau veikia atatinkamas filmos vietas ir todel pastarosios negatyve — filmoje išeina tamsios (pozityve gi išeina prešingai). Juo audinys minkštesnis, subtilesnis, juo jis tamsesnis išeina filmoje.

Kaulai, dantys arba pašaliniai metaliniai kūnai sunkiau praleidžia rentgeno spindulius, juos užlaiko; atatinkamos filmos vietos silpniau būna spindulių paveikiamos ir todel jos pa-

*) Pranešimas, darytas Kauno dantų gydytojų sąjungos posėdyje 1928 mt. kovo 31 d.

sireiškia šviesiai (pozityve priešingai). Juo storesnis ir kietesnis audinys, juo šviesiau jis išeina filmoje. Dantys, susidedą iš kompaktiškų, kietų audinių, duoda rentgeno filmoje labai ryškų, šviesų siluetą. Žandikaulis, būdamas mažiau kompaktiškas, poroziškesnis, išeina tamsesnis. Šviesus danties su šaknimis siluetas aiškiai išsiskiria tamsesniame žandikaulio fone. Metalo junginiai, plombų, protezų ar lūžusių adatų pavidalu, duoda labai šviesius siluetus.

Prieš kalbėdamas apie rentgeno filmose stebimus patologiškus pakitimus, aš išpradžių sustosiu ties normaliu filmos vaizdu, kokį, sakysime, duoda n o r m a l u s, b e p ą t o l o g i š k ų p a k i t i m ų, ž a n d i k a u l i s. Žandikaulio srities rentgeno filmos vaizdas atatinka šitos srities smulkesnę anatomiją. Dantys savo šaknimis sėdi žandikaulio alveolose; tarp danties šaknies ir vidujinės alveolos sienelės yra jungiamasis audinys — danties rišamasis aparatas — periodontas. Pastarasis normaliai užima visai siaurą, lygų tarpą: tarp šaknies paviršiaus ir alveolos vidujinės sienelės. Vidujinė alveolos sienelė yra sudaryta iš kompaktiško kortikalinio kaulo sluogsnio, vadinamo lamina dura; pastarasis sluogsnis yra plonas ir lygus. Toliau eina pati kaulo masė, vadinamoji spongioza; tai labiau poroziškos struktūros kaulas, su kaulo smegenimis.

Gerai padarytoje rentgeno nuotraukoje visa tatai galima išskaityti. Dantis su šaknimis, kaip jau buvo minėta, duoda filmoje aiškų, šviesų siluetą. Šaknies ir jos viršūnės ribos aiškiai, lengvai įžiūrimos. Viršutinių moliarų yra matomi dviejų šaknų kontūrai, trečioji gi šaknis (palatinalė) paprastai būna padengta bukalių šaknų ir todel silpniau yra matoma. Danties šaknį apjuosia plona, juoda linija, atatinkanti periodonto jungiamąjį audinį. Normaliai šita linija yra plona, lygi ir guli vienodam santyky su šaknies paviršiumi ir vidujine alveolos sienele. Su periodonto juoda linija susieina, eidama paralėliai, aiškiai šviesi alveolos vidujinės sienelės kortikalinio sluogsnio — kompaktos linija. Šita šviesi linija yra taip pat lygi, plona ir nepertraukiama. Už kompaktos linijos į periferiją eina spongiozinio alveoliarinės atžalos kaulo vaizdas: netaisyklingas tinklas šviesesnių pertvarų su įvairaus didumo ir formos tamsiomis dėmėmis; normaliai spongiozai yra charakteringas kaip tik šitas visuomet įmatomas vienodas tinkluotumas.

Išskaityti rentgeno filmą, reiškia atsidėjus apsistoti ties kiekviena iš išvardytų anatominių detalių, kurios gali patologiškai pakitėti. Rentgeno pagelba nustatomieji pakitimai gali liesti patį dantį, periodontą, alveolos kompaktą ar kaulo spongiozą. Netenka abejoti, kad svarbiausias šituo atžvilgiu yra periodontas. Pastarajam praktiškai daugiausia tenka kreipti dėmesio, nes šitas audinys, būdamas artimiausiame

kontakte su dančiu, pirmas reaguoja įvairiems iš danties pusės insultams; be to, jis yra susiję su kaulo aplinka ir todėl, galima sakyti, nuo periodonto pareina visa danties būklė.

Periodonto patologiški-anatomiški pakitimai gali turėti aštrų arba chronišką pobūdį. Aštrūs periodontitai, vistiek kokios kilmės jie bebūtų, ar čia infekciniai, toksiniai ar trauminiai, aišku, negali sudaryti žymių atmainų kaimyniniame su periodontu kaule, jeigu neskaitysime, žinoma, susidarymo aštrių abscesų, kurie yra jau lydimi kaulo destrukcijos ir todel konstatuojami rentgeno nuotraukoje; šiaip gi paprastų, aštrių periodontitų mes rentgeno nuotraukoje neįstengiame konstatuoti.

Visai kitas dalykas yra chroniški periodontitai; pastarieji gali turėti įvairų pobūdį ir laipsnį, čia jau rentgenui yra labai dėkinga sritis.

Dažniausiai mes turime reikalo su periodonto chronišku pastorėjimu, paprastai vadinamos danties gangrenos komplikacija. Nuolatinis jaudinimas iš danties kanalo pusės detritinėmis masėmis ilgainiui sukelia periodonto defenzyvinę hyperpliaziją — pastorėjimą. Šituo atveju pastorėjimas lokalizuojasi danties šaknies viršūnės srityje ir vadinasi periapikaliniu pastorėjimu. Be to, gali būti viso periodonto pastorėjimas — difūzinė pastarojo hyperpliazija, sukelta vadinamojo danties perkrovimo (Ueberlastung), kai vienas dantis perdaug funkcionuoja, ar iškrovimo (Entlastung), kada dantis, nėsant jam antagonisto, palieka be darbo. Periodonto pastorėjimas rentgenogramoje pasireiškia platesne negu normoje juodąja periodonto linija. Tas prasiplėtimas ypač krinta į akis, jei lyginame su kaimyniniais sveikais dantimis; be to, juodoji linija iš dalies būna nustojusi savo lygumo. Jeigu juodosios linijos pakitimas pasireiškia tik šaknies viršūnės srityje, tuomet turime periapikalinį periodontitą; esant gi visai juodajai linijai platesnei, turime difūzinį periodontitą.

Be pastorėjimo, toliau einanti patologiška-anatomiška periodonto pakitimo forma bus vadinamoji periapikalinė granulioma. Čia jau turime tokio laipsnio periodonto hyperpliaziją, kai jojo paviršius yra pavirtęs į padengtą gausiomis granuliacijomis opą; be to, čia užsilaiko sekretai ir pūliai; kaulas šaknies viršūnės srityje rezorbuojasi ir jo vietą užima susidaręs granuliacinis fokusas. Visiems tenka stebėti, kaip po danties ekstrakcijos kartu su šaknimi neretai būna ištrauktas mažesnis ar didesnis, storomis, minkštomis sienelėmis, maišelis; išklotame granuliacijomis maišelio viduje kyšo šaknies viršūnė; tatai ir yra ne kas kita, kaip granuliominis maišelis— granulioma. Rentgenogramoje granuliomos pasireiškia mažesniais ar didesniais, apimančiais šaknies viršūnę, patamsėjimais.

Šitokiame patamsėjime nebeįžiūrima kaulo struktūros; čia jau nebeišskiriama nei alveolos kompaktos šviesiosios linijos nei spongiozos tinkluotumo, nes ir viena ir antra liekti rezorbuota; susidariusį kaule defektą užpildo granulioma. Patamsėjimo ribos kaulo link nėra aiškiai aprėžtos, nes čia rarefikuota spongioza palaipsniui pereina į normalią struktūrą. Granulioma yra dažnas rentgenogramoje reiškinys; gangrenuoti dantys arba šaknys, ilgesnį laiką nešiojami burnoje, komplikuojasi panašiu pakitimu. Granuliomų reikšmė didėja del to, nes manoma, kad šitie paslėpti infekciniai židiniai gali būti žalingi visam organizmui.

Be periodonto pastorėjimo, granuliomų, neretas dalykas, kurį mes galime stebėti rentgeno nuotraukoje, yra vadinamoji danties šaknies cysta (radikuliarinė cysta). Pastaroji išsiplėtoja iš periapikalinės granuliomos. Dalykas yra tas, kad periodonte esama dar iš danties užuomazgos rutuliojimosi laikų užsilikusių epitelinių narvelių „débris épithéliaux Malassez", kurie, įdegiminio proceso veikiami, pradeda augti ir duoda pradžią cystai. Pastaroji jau bus mažesnis ar didesnis uždarytas tuštymas kaule, kurio sienelės būna išklotos plokščiu epiteliu; cystos tuštymo turinį sudaro šviesus, gelsvas, su cholesterino kristalais, skystimas. Cysta parodo tendenciją augti. Dantų gydytojo praktikoje dažniau turima reikalo su mažesnėmis cystomis — cysta incipiens. Bet neretai pasitaiko ir didelių cystų, išaugusių iš atatinkamo žandikaulio ribų ir deformuojančių veidą. Cystos vaizdas rentgenogramoje yra pakankamai charakteringas. Čia turime šaknies viršūnės srityje mažiau ar daugiau apvalios formos intensyvų patamsėjimą, be jokių kaulo struktūros žymių. Patamsėjimo riba yra aiški ir lygi; aplinkui stebima apsupanti patamsėjimą plona, lygi, šviesi kompaktiško kaulo linija. Tas aiškus cystos patamsėjimo nuo aplinkos aprėžimas ir skiria cystą nuo granuliomos; pastaroji turi, kaip jau buvo minėta, neaiškias ribas. Praktiškai skirti cysta nuo granuliomos yra svarbu terapijos atžvilgiu. Jei paprasčiausiu būdu gydant granuliomą pakanka atatinkamas dantis ištraukti (nekalbant apie šaknies rezekciją arba netikrą medikamentišką gydymą), tai cystos atveju danties ištraukimas dar nėra pastarosios likvidacija. Cysta su savo epiteliniu išklotu pasilieka žandikaulyje ir pasireiškia burnoje pastovia, nuolat pūliuojančia, fistula; cystos likvidacijai yra reikalingas atskiras chirurgiškas įsikišimas Partsch'o ar kitu būdu. Rentgenas čia žymiai patarnauja duodamas galimumo nustatyti aiškią diagnozę.

Nemaža reikšmės turi rentgenas dantų aplinkos susirgimo —vadinamojo paradentito (alveolar-pyorrhoea) diagnostikai. Paradentitas kliniškai pasireiškia pradžioje gingivitu ir

dantų konkrementais; vėliau įdegimas pereina į gilesnius audinių sluogsnius — periodontą ir kaulą. Kaulas, alveoliarinės atžalos kraštas (limbus alveolaris), pradeda rezorbuotis ir tuo būdu pati alveola tampa mažiau gili, danties guolis lieka nepakankamas, tarp danties ir įdegusios, hypertrofuotos gingivos susidaro gilus ulceruotas plyšys — kišenius, iš kurio gausiai pūliuoja (pyorrhoea); dantys, nustoję iš dalies savo alveolos, atrodo tarytum iškilę, ima labiau ir labiau klibėti ir, pagaliau, savaime iškrinta. Šitokių susirgimų atvejais rentgenas padeda tiksliai orijentuotis įvykusių kaulo pakitimų atžvilgiu: alveoliarinio krašto atrofijos laipsnio, susidarymo šito krašto nelygumų — kišenių, vadinamosios vertikalės arba horizontalės atrofijos, konkrementų ant danties šaknies ir t. t. Filmoje daugiausia tenka stebėti, kaip daug dantis yra nustojęs savo alveolos ir kiek dar josios likę sveikos. Tokia orijentacija yra būtina tinkamai terapijai atlikti. Kaipo taisyklė, prieš pradedant paradentitą gydyti, daromos yra visų dantų rentgenogramos, nors kai kurie dantys iš išorės atrodytų dar ir sveiki.

Užsilikusiems, neprasikalusiems dantims (retentio dentis) diagnozuoti, rentgenas gal ir yra vienintelė priemonė. Kaip žinome, šitokie neprasikalusieji dantys ilgainiui gali įvairiai komplikuotis: sukelti simptomines neuralgijas, predisponuoti piktybinių naujikų augimui (Pichler) arba infekuotis. Rentgenogramoje toksai dantis, kaipo labiau kompaktiškų substancijų padaras, aiškiai išsiskiria kaulo fone; be to, šitokių dantų anomališka padėtis lengvai leidžia juos stebėti. Sakysime, užsilikę incizivai neretai būna nukrypę nosies dugno link. Būta atsitikimų mūsų praktikoje, kai virškomplėtinis danties rudimentas buvo užsilikęs ties tuber maxillae; toksai užsilikęs dantis neretai būna sąryšy su cysta (folikuliarine); tokiais atvejais danties vainikas kyšo į cystos tuštymą. Folikuliarinės cystos su dantim vaizdas rentgenogramoje pasireiškia aprėžtu patamsėjimu, kurio srityje matomas aiškus, šviesus danties arba rudimento siluetas.

Gerybiniai žandikaulių dentalės kilmės naujikai: odontomos ir adamantinomos paprastai duoda taip pat charakteringus rentgenogramoje vaizdus. Odontoma yra naujikas, sudarytas iš danties užuomazgos tiek epitelinių, tiek mezoderminių komponentų. Čia yra ir dentino, ir emalio, ir cemento, neretai su atskirais dantimis, konglomeratas, kuris rodo tendencijos augti. Rentgenogramoje tasai anomališkas iš danties komponentų padaras žandikaulio gilumoje yra gerai matomas, ypač jei ten kartu yra vienas arba keli atskiri dantys.

Adamantinoma (Kystoma), kurioms pradžią duoda dantų užuomazgos epitelis, pasireiškia daugeliu įvairaus didumo,

su pertvaromis, išklotų epiteliu, tuštymų. Adamantinomos rentgenogramoje išeina labai ryškiai, duodamos iš dalies panašų į bičių korio vaizdą.

Labai dažnai rentgenas būna naudingas dantų ekstrakcijas atliekant. Rentgeno pagelba daugiausia yra reikalinga proto (d. sapiens), o ypač apatiniams dantims traukti; pastarieji dantys labiausiai varijuoja savo padėtim, forma ir skaičiumi šaknų. Visiems yra žinomi sunkumai ir siurprizai, kuriuos sudaro neretai traukimas proto danties, kai po ilgų manipuliacijų replėmis ir elevatoriais neretai tenka nuo užbaigimo ekstrakcijos atsisakyti; panašiu atsitikimu reikalingas radikalesnis įsikišimas pavidalu žandikaulio atkalimo, danties suskaldymo, pašalinimo dalimis ir t. t. Iš anksto padaryta rentgenograma leidžia iškarto nustatyti ekstrakcijos planą ir jį sėkmingai įvykinti. Rentgenas taip pat patarnauja po nepavykusių danties traukimų žandikaulio būklei patikrinti ir lūžusioms šaknims surasti. Neretai rentgenas atidengia tokias seniai lūžusias žandikaulio gilumoje užaugusias danties šaknis, kurios kai kada sukelia tam tikrų komplikacijų.

Žandikaulių osteomyelitai, kurių dauguma yra dentalės kilmės, pasireiškia rentgenogramoje sunaikintų kaulo vietų patamsėjimais su šviesesniais sekvestrų siluetais. Piktybiniai žandikaulių naujikai duoda rentgene destruktuotų vietų patamsėjimus.

Žandikaulių lūžimų atvejais rentgenas yra ypač naudingas, parodydams fraktūrų lokalizaciją, lūžimo fragmentų santykį, skeveldras ir t. t. Seilių liaukų išeinamųjų latakų akmenys (sialolithiasis) taip pat rentgenu yra diagnozuojami.

Be to, kad rentgenas turi svarbos visais chirurgiškais žandikaulių atvejais, jis yra naudingas ir konservatiškai gydant. Čia tenka dar paminėti vadinamasis danties šaknies necrosis apicalis, kai esant granuliomai, nustojusi sveiko periodonto šaknies viršūnė apmiršta ir rezorbuojasi; rentgenogramoje matome granuliomos apgaubtą nelygiu, tarytum išėstu paviršiumi, šaknies apex'ą. Šitokiais atvejais, kaip žinoma, yra visiška šaknies rezekcijai indikacija, nes medikamentiškas pro danties kanalą gydymas vaisių neduoda.

Priešingos rūšies danties apex'o pakitimas yra vadinamasis pericementitas, kai šaknies viršūnės srityje turime cemento hypertrofiją. Apex darosi storesnis, įgauna kolbos pavidalą ir toksai dantis sudaro sunkumų jo ekstrakcijai, nes sustorėjusi šaknies viršūnė neišvengiamai lūžta ir jai pašalinti reikalingas operatiškas įsikišimas. Pericementitus sukelia danties perkrovimas (Ueberlastung), vadinamasis trau-

Prie 527—534 pusl.

Nr. 1.



1. Normalus dantų vaizdas.



2. Granuliomos.



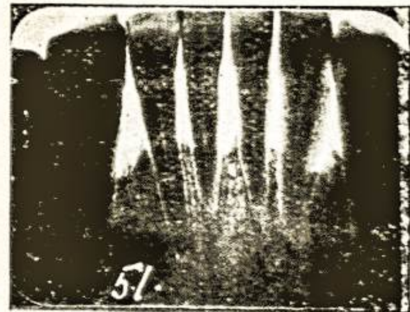
3. Granuliomos.



4. Granuliomos.



5. Granulioma.



6. Paradentitis.



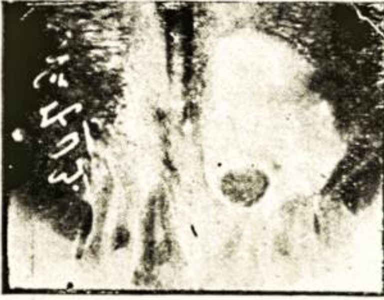
7. Paradentitis.



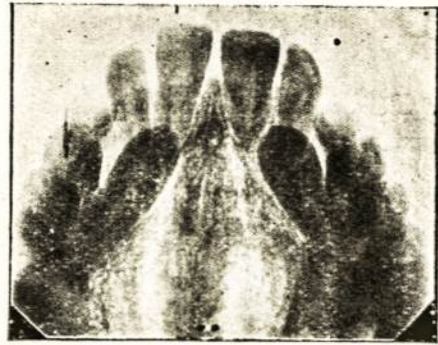
8. Horizontalė sapiens padėtis.

Prie 527—534 pusl.

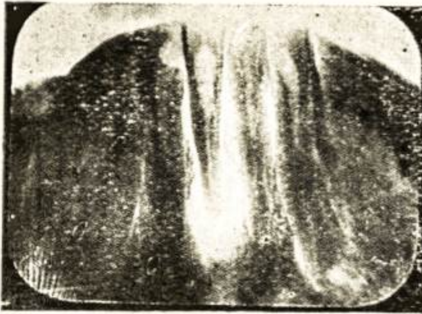
Nr. 2.



9. Folikuliarinė cysta.



10. Retentio dentium.



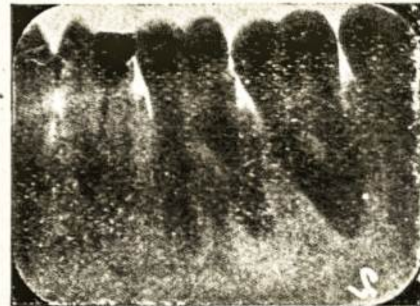
11. Radikuliarinė cysta (incipiens).



12. Retentio dentis.



13. Pericementitis.



14. Pericementitis.



15. Granulioma.



16. Granulioma po vainiku.

miškas sukandimas (traumatische Occlusion), kai vieną dantį ištinka per didelis slėgimas iš atatinkamo antagonisto pusės. Pericementitinių dantų šaknys rentgenogramoje aiškiai pasireiškia.

Paprastai, turint gerą dantų srities rentgeno nuotrauką, aiškiai joje yra matomas danties pulpos tuštymas su kanalais ir foramen apicale; smulkesni kanalų išsišakojimai nekonstatuojami. Pulpos tuštymas su kanalais yra tamsesnis, tuo tarpu kai kietas danties kevalas išeina šviesus.

Iš patologiškų pulpos tuštymo pakitimų, kliniškai turinčių nemažos svarbos, reikia laikyti vadinamasis d e n t i k l a s (Dentikel), arba vidujinė odontoma; tai yra pulpos tuštymo sukalkėjimai, arba, tikriau tariant, anomališko dentino maži fokusai, kurie gali būti liuosi arba susiję su pulpos tuštymo sienele. Dentiklai yra laikomi kaikada kaltininkais labai žiaurių veido srities neuralgijų. Jie konstatuoti galima ar atidarius sveiko iš paviršiaus danties pulpos tuštymą ar rentgeno pagelba; dėliai tiriamojo objekto mažumo, svarbu yra, kad rentgenograma būtų itin vykusi.

Savaime aišku, kad rentgenas iš dalies padeda orijentuotis dėliai danties k a n a l ų p l a t u m o ir jų k r y p t i e s, kas svarbu yra kanalų užpildymo atžvilgiu. Tam tikros kontrastinės masės pagelba užpildyti kanalai gali būti rentgenu perkontroliuojami.

Ypač brangintinas yra rentgenas, konservatiškai dantis gydant nemaloniais plonų i n s t r u m e n t ų d a n t ų k a n a l u o s e l ū ž i m o atvejais. Dažniausiai tatai atsitinka su vadinamaisiais nervekstraktoriais, borais ar specialiais kanalams praplėsti instrumentais. Tokio instrumento mažo galo lūžimas kanale yra nemalonus tuo, kad sunku jis pašalinti, o paliekant kanale rizikuojama sukelti periodonto įdegimas. Rentgenas čia padeda nustatyti metalinio corpus alienum buvimą ir jo lokalizaciją, ir pagal tai taikyti terapiją. Esant adatai prie kanalo angos, daromas mėginimas pašalinti ją iš pulpos tuštymo pusės; esant gi jai arčiau apex'o, yra aiški indikacija padaryti šaknies rezekciją; blogesniu atveju, kai adatos galas yra užsilikęs viduryj kanalo, visgi geriausia išeitis daryti šaknies rezekciją.

Dauguma p l o m b ų, išskyrus silikat-cementus, duoda rentgenogramoje ryškius siluetus. Plombų defektai taip pat stebimi. Ypač svarbu turėti galvoje geras plombų kraštų konturavimas (Randschluss); čia daugiausia tenka kreipti dėmesys į aproksimalinių danties paviršių plombų gingivalinį kraštą. Tas kraštas sunkiau yra prieinamas ir todel dažniau netinkamai gali būti modeliuotas; aštrus, atsikišęs į tarpdantį plombos kraštas gali spausti ir jaudinti gingivos spenelį (pa-

pilla interdentale) ir sukelti vietinį paradentitą. Rentgenas šitų plombų modeliavimo defektus iškelia aikštėn. Rentgene yra stebimas danties kariozinių tuštymų gilumas; čia matoma, kad storas dentino sluogsnis skiria kariozinį tuštymą nuo pulpos. Vadinamasis slaptas karies, kai jis lokalizuojasi dantų susiglaudimo vietoje — kontaktpunkte, taip pat pasireiškia rentgenogramoje. Metaliniai vainikai, tilteliai neišvengiamai parodo rentgenogramoje visus ne tik liečiančius krašto pritaikymo trūkumus, bet ir atsparos dantų šaknų būklę; čia matome, ar tiksliai vainiko kraštas apima dantį, ar nėra jis per platus ir ar nėra kurių nors pakitimų periapikalinėj šaknies srityje, nes nuo to pareina viso tiltelio vertė.

Visa suglaudus tenka pasakyti, kad rentgenas šiuo metu dantų ir žandikaulių srityje turį tokį pat pritaikymą, kaip ir kitose medicinos šakose, ir todel tik lieka palinkėti, kad jis, kaip kad yra užsieniuose, būtų tinkamai įvertintas mūsų dantų gydytojų praktikoje.

Literatūra.

1. Dr. Balters: Leitfaden der zahnärztlichen Röntgenkunde. 1925.
2. Leix R.: Einführung in die zahnärztliche Röntgenologie. 1923.
3. Riha G.: Wert und Grenzen der Röntgendiagnostik bei Zahn- und Kieferkrankheiten. „Zeitschr. f. Stomatol.“ 1928, H. 3.

Zusammenfassung.

Vortrag gehalten in der Versammlung der zahnärztlichen Gesellschaft zu Kaunas über Röntgendiagnostik in der Mundhöhle. Es wird in kurzen Zügen der Wert der Röntgendiagnostik in der zahnärztlichen Chirurgie, konservierenden Zahnheilkunde und Prothetik abgehandelt.

Dr. med. Toby Goldbergas (Kaune).

Trumpa urologiškoji inkstų susirgimų ir jų diagnostikos apžvalga.

Inkstai turi savo funkcijos amplitudą, atitinkančią visus fiziologiškus gyvenimo reikalavimus. Inkstai, kaip ir širdis, turi rezervines pajėgas. Kaip esama sufficientia, taip pat esama ir insufficientia renis. Pastaroji gali būti absoliutinė ir sąlyginė. Absoliutinė insufficiencija pasireiškia kliniškų sutrikimo simptomų visuma arba dingusia inkstų funkcija. Ją galime pažinti iš kliniškų reiškinių, kurie pastebimi: inkstų ekskretuose, vi-

*) Pranešimas, skaitytas Kauno Gydytojų Sąjungoje 1928 m. kovo mėn. 13 d.

same organizme arba pačio organo pakitimuose. Sąlyginė insufficiencija gali turėti didelės kliniškos reikšmės, kai pagal įvairius simptomus nustatome, kad organas dirba panaudodamas visą rezervinę pajėgą ir kad, atsiradus didesniems reikalavimams organo funkcijai, ryškiai iškils aikštėn insufficiencijos pažymiai.

Minėtieji fizio-patologiški samprotavimai pagrįsti inkstų funkcijos stebėjimais normaliomis ir patologiškomis sąlygomis.

Fiziologiškoji inkstų funkcija susideda iš štai kurių trijų darbų: 1) vandens ir druskų išskyrimas; 2) prisitaikymas įvairiems darbo reikalavimų pakitimams (dilutio, concentratio); 3) išskiriamų produktų iš kraujo atrinkimas (kokybinė sudėtingų serumo dalių atranka).

Štai kuriuos uždavinius atlieka inkstai organizmui sergant: 1) valomoji funkcija (organizmas pro inkstus pašalina bakterijas ir toksinus); 2) inkstai palaiko pusiausvirą medžiagos apykaitoje, kad tik apsaugotų kraują nuo užsilaikančių organizme nuodų, kai suserga patsai urogenitalinis traktas. Tatai stebime: a) terapiškuose inkstų susirgimuose, b) chirurgiškuose inkstų susirgimuose, c) šlapimo stazės atvejais, susirgus pūslei, prostatai, uretrai ar stuburkauliui.

Kliniški absoliutinės inkstų insufficiencijos pažymiai, kaip aukščiau minėta, gali būti susekti: 1) inkstų ekskretuose (šlapime); 2) visame organizme (tolimuose organuose); 3) pačio organo pakitimuose (inkstuose).

Kliniška diagnostika būtų labai paprasta, jei remtųsi tik atviros inkstų insufficiencijos pažymiais.

Didis šių dienų inkstų diagnostikos laimikis yra mokėjimas pažinti paslėptą inkstų iinsufficienciją, kurią lydi tik prasidedą anatomiškieji organo sutrikimai. Šituos sutrikimus gali slėpti kompensatoriški kitų organų reiškiniai arba dar sveikosios inkstų dalies kompensatoriški prajovai (sakysime, regeneratio).

Urologo vaidmuo terapiškuose inkstų susirgimuose.

Susekti, kaip atlieka darbą inkstai terapiškuose jų susirgimuose, yra internistų pareiga. Urologui tenka susidurti su šitais susirgimais labai retai, būtent, paskutinėje ar toli nužengusioje ligos stadijoj, kai jokios terapiškos pastangos nebepajėgia atitaisyti ekskretinę inkstų funkciją. Čia urologo uždavinys — padaryti operaciją labai nepalankiomis sąlygomis. Paprastai indikacijos operacijai nustatomos internistų. Kad paaiškėtų turimo galvoj chirurgiško žygio prasmė, teks kiek pakalbėti apie uropoetiškosios sistemos reiškinių santykiavimą.



S l ė g i m a i. Inkstams gaminant šlapimą iš kraujo plazmos, daug nusveria slėgimas. Normalus inkstų narvelio veikimas pareina nuo geros šitų organų mitybos (krauju) ir nuo tam tikro slėgimo, kurs lygus 7 ccm. Hg (R e h n)[10].

Skiriame: 1) intravaskulinį arba intraparenchyminį (in art. renalis) slėgimą; 2) intrapelvinį (piltuvuose, ureteruose) slėgimą, kurs padeda piltuvams aspiruoti šlapimą iš inkstų; šitas slėgimas, H a e b l e r'io tyrinėjimais, esti negatyvus; 3) intrakapsulinį slėgimą — in capsula fibrosa.

A d 1). Patologiškoje inkstų būklėje, padidėjus intravaskuliniam slėgimui, atsiranda hypertonia ir padidėjusi H_2O diurezė. Šitoji ypatybė būdinga visiems nefritams su pakilusiu kraujo slėgimu.

A d 2). Pakilęs intrapelvinis slėgimas „eo ipso" padidina kliūtį piltuvuose ir pastarieji išsiplečia (pyelectasia). Inkstas (jo medullinė daiktybė) susispaudžia ir jos parenchyma žūsta, kaip nuo ypatingos priežasties tam tikros inkstų insufficiencijos formos. Čia turėsime *hydronephrosis*.

A d 3). Intrakapsulinis slėgimas pakyla tais atvejais, kai inkstų audinys išbrinksta nuo infliamacinio eksudato. Patogeneziška intrakapsulinio slėgimo reikšme pirmas susidomėjo R e g i n a l d H a r r i s o n'as, stebėdamas ūmų ir apyūmį nefritą. Jis yra nurodęs, kad atsirandanti nuo inkstų parenchymos įdegimo eksudacija padidina inkstų audinių tūrį. Audiniai negali prasiskleisti, neleidžiant inkstų kapsulai. Atsiranda skaudumas ir įtempimas inkstų srityje, diurezė sumažėja iki anurijos ir urėmijos. Šitoks patologinis vaizdas H a r r i s o n'o pavadintas *„glaucoma renis"*. Tatai yra taip pat savotiškoji inkstų insufficiencijos forma.

I n d i k a c i j o s o p e r a c i j a i. Pasirėmęs mechaniškomis „glaucoma renis" priežastimis, H a r r i s o n'as pasiūlė operatišką intervenciją, kuri davusi gerų sėkmių skarlatininiuose nefrituose: inkstai atidengiami, punktuojami, skarifikuojama jų kapsula ar, pagaliau, daroma nephrotomia; tos pačios priemonės tinka ir chroniškiems nefritams bei nefrozėms. Pav., chirurgiškas gydymas patariama vartoti prie Colik - nephritis (C a s p e r), kai raukšlėjimasis, paliečiąs ir capsulam fibrosam ir sukeliąs jos retractio, padidina vidujinį slėgimą inkstuose ir blogai atsiliepia jų funkcijai.

K l i n i š k a s v a i z d a s. Kliniškai „glaucoma renis" duoda spazmiškus skausmų priepuolius inkstuose, oligurija, kartais anuriją, albuminuriją, hėmaturiją (atsakančią prancūzų „n e p h r a l g i e h e m a t u r i q u e").

Ir sunkioji inkstų insufficiencijos forma, vad. ūmus „didžiosios urėmijos" priepuolis, gali būti tiesioginiu inkstų atako padariniu.

Chirurgiškos metodės, pasiūlytos įvairiuose kraštuose minėtiems susirgimams gydyti, paminėtinos šios:

Decapsulatio (Edebols) ir nephrolysis (Rovsing et Pousson). Audringi simptomai po operacijos paprastai greitai praeina. Vieni tatai išaiškina sumažėjančiu vidujiniu slėgimu inkstuose, kiti — atsirandančiomis po operacijos naujomis collateral'ėmis.

Pavyzdys. Nurodysiu vieną pavyzdį, neseniai patiektą Blum'o Vienoje, kurs patvirtina operacijos tikslumą.

2½ m. amž. vaikas, turėjęs sunkią nephros'ę, susirgo dar pūlingu peritonitu su angina. Atsirado chron. urėmija su oligurija (100—300 ccm. šlapimo per 24 val.), bendra odos oedema, hydrothorax. Jokiais vaistais nepavyko padidinti diurezės. Blum'as padarė abejapusę decapsulatio. Rezultatas: žaizda sugijo per 7 paras, diurezė padidėjo, ir vaikas išgyveno dar vienerius metus. Vėliau jis pasimirė paaštrėjus chron. nefritui.

Kiti autoriai, sakysim Żondeck'as, laiko operaciją išganinga skarlatininiame nefrite arba vadinamame „Kriegsnephrit'e", bet nepataria jos vartoti chroniškiems procesams. Tačiau visi pastebi, kad operacija galima vartoti ir chron. atsitikimais, kai tik pasirodo žymi oligurija arba anurija. 1925 m. suvažiavime Vildungene Volhard'as nurodė savo kalboj, kad dekapsuliacija labai gerai veikianti chroniškus nefritus su anurija, ir patarė daryti šitą operaciją ne vėliau kaip trečią anurijos dieną; operacija čia veikianti kuopuikiausiai — atsiranda daug šlapimo ir ligonis greitai sveikstąs.

Literatūroj randame aprašyta, kad ir rentgeno spinduliai (⅓ H E. D. 0,5 Zn + 1 Alum. Tiefendosis 15%[13]) gerai padėdavo kovoti su anurija, sukeldami hyperemiją ir, kaipo jos padarinį, polyuriją. Kartais net paprasta inkstų palpacija galinti sukelti polyuriją. Tokį atsitikimą turėjęs chirurgas Havliček'as[13]), kai, ruošdamasis dekapsuliuoti inkstus ligoniui, turinčiam anuriją, ir darydamas operacinio lauko anesteziją, paspaudė inkstų sritį: čia pat atsirado gausi polyurija.

Iš kitų vidaus susirgimų operacija indukuojama taip pat ligoje *eclampsia puerperalis*. Kuo ne visų šiuo laiku priimta šitai ligai išaiškinti staigios, sunkios toksėmijos teorija; nuodai dar nežinomi, bet, galimas daiktas, kad jie esą hormoninės kilmės. Prie šitų reiškinių prisideda dar sunki inkstų ir kepenų degeneracija su funkcijų sutrikimu. Kad ir retai ją vartoja eklampsijoj, tačiau šita terapija, pasiūlyta Edebols'o, Pousson'o ir Chambrelant'o, verta susidomėti, nes bevilčiais terapišku atžvilgiu atvejais ji galinti, pasak Blum'o, išgelbėti žmogaus gyvybę.

Trečia dekapsuliacijai vartoti indikacija yra inkstų *haematuria*, kur ji būtų: ar staigiame glomerulonefrite, ar

chroniškame besimptominiame nefrite, ar čia inkstų essencialiniame arba funkciniame kraujaplūdyj. Visuomet gaunamas hemostatinis efektas. B l u m'as yra padaręs 40 panašių operacijų ir beveik visuomet puikiais rezultatais.

Operacija, žinoma, padaroma in anaestaesia locali. Kai inkstų hėmaturijos kilmė neaiški ir jokiais diagnostikos būdais negalima susekti nei atviros nei slaptos inkstų insufficiencijos, inkstų atidengimas ir dekapsuliacija indikuojama jau vien tik ta prasme, kad tuomet tenka įtarti mažos neoplasm'os buvimas inkste ar piltuve. Neigiamuoju atveju daroma inksto excisio probatoria ir padaromas histologiškas ištyrimas, kurs dažnai atidengia paslaptį, parodydamas gūštinį glomerulonefritą.

Tačiau, žemiau duodamieji pavyzdžiai parodo, kiek sunku kartais esti teisingai išspręsti klausimas, ar reikia operuoti terapiški inkstų susirgimai, ypač pasirėmus v i e n a t i k funkcinės inkstų diagnostikos metode, būtent ekskreto nudažymo metode, ir kaip nudažymas k a l b a m a i s a t v e j a i s esti nepastovus.

1) Heidelbergo chirurg. klinikos atsitikimas iš tų laikų, kai J o s e p h'as ir V ö l k e r'is dar tebebuvo asistentais.

Ūmus abejapusis nephritis, atsiradęs po deginimo formalinu dubens kaulo caries'o. Šlapinimasis žymiai sumažėjęs; šlapime daug baltymo ir erytrocitų. Dažai (indigo) išleidžiami abiejų inkstų vienodai, beveik nepakitėję. Prognozė nustatyta gera. Ligonis po 2 dienų pasimirė nuo urėmijos.

2) J o s e p h'o atsitikimas. Jaunuolis, turįs pakeltą kraujo slėgimą, infekuotą akmeninę vienapusę hydronefrozę, skarlatininį nefritą antrame inkste, kuris neišleisdavo dažų. Šito antrojo, kuris tenka palikti neišimtas, inksto šlapimas turįs daug baltymo, keletą erytrocitų ir cilindrų. Kraujo slėgimas žymiai pakilęs. Paliktiniam inkstui (su nefritu) neišleidžiant dažų, bijomasi pašalinti hydronefrozinis inkstas. Tačiau konsultavęs internistas randa, kad paliktinis kraujo a z o t o k i e k i s n ė r a p a d i d ė j ę s. Todel hydronefrozinis inkstas vis tik išpjaunamas, neatsižvelgiant į lyginamąjį svorį 1009 ir į kasdieninį šlapimo kiekį, lygų 3000 ccm. Ligonis gerai pakėlė operaciją ir jos padarinius.

3) Atsitikimas iš gynekologijos praktikos. Jaunoji gravida paskutinėse nėštumo dienose. Eklampsinių priepuolių nebuvo. Šlapimo kiekis žymiai sumažėjęs — 300 — 400 ccm. per parą; daug baltymo, atskiri erytrocitai. Blogas širdies veikimas. Pulsas 140. Galūnės atšalusios. Cyanosis. Po 2—3 dienų laukiamas gimdymas. Consilium. Internistas svyruoja, kurį gydymą pasirinktų: aktyvų ar pasyvų. Gynekologas linkęs tučtuojau daryti „sectio cesarea". Urologas norėjo daryti venesekciją, duoti cardiaca ir laukti, paskučiausiu atveju tamponuoti vaginą gimdymo skausmams sukelti. Pagaliau, viršų paėmė gynekologas, nepanorėjęs turėti atsakomybės, jei tektų laukti. Operacija pavyko, bet po jos atsirado uraemia ir ligonė pasimirė.

Terapiškuose inkstų susirgimuose operavimo klausimas daug sunkiau spręsti negu chirurgiškuose.

Chirurgiški inkstų susirgimai.

Bendri dėsniai. Tyrinėjant inkstus urologui rūpi šituodu klausimu:

1) Katras iš dviejų inkstų nesveikas?
2) Kame lokalizuotas susirgimas?

Šitos dvi pozicijos parodo skirtumą tarp terapeuto ir urologo pradinio ligos tyrinėjimo. Praėjusį posėdį Dr. Bergeris gana vaizdžiai išaiškino, kodel internistui nesvarbi inkstų susirgimo topografija. Tačiau urologui, kuriam dažniausiai tenka susidurti su vienapusiu inkstų susirgimu, sergamo židinio topografija yra nepaprastai svarbi, nes nuo jos pareina tolimesnis gydymas ir tos ar kitos operacijos pasirinkimas. Sakysime, pyelitis, pyelonephritis, pyonephrosis turi skirtingas ir terapiją ir pasėkas. Toliau retkarčiais (pasak Braasch'o, 6% atsitikimų, pasak Fedorov'o[8]), 1% atsitikimų) skausmai jaučiami dešiniojoje, o liga glūdi kairiojoje pusėje. Toksai vaizdas sutinkamas inkstų akmenligėje. Nereikia užmiršti, kad teisingai indikuota nephrectomia kur kas mažiau pavojinga negu neteisingai pagrįsta nephrotomia.

Terapeutui svarbu bendras inkstų darbo našumas įvesti tam tikram režimui, kad nepablogėtų ligonio būklė, ir nustatyti prognozei. Medikamentiška terapija čia paprastai bejėgė. Pažvelgus į Fr. Müller'io[9]), Schlayer'io[11]) (Romberg'o mokyklos) straipsnius, galima tuo įsitikinti. (Minėti autoriai atvirai praneša, kad medikamentiškas gydymas labai neturtingas arba bejėgis terapiškuose inkstų susirgimuose).

Dr. Berger'is yra pasiūlęs pažinti bendrą inkstų darbo našumą pagal kraujo šlakus, ištiriant kiekybiškai absoliutų kraujo šlapalų (ureos) tūrį. Į tai galima atsakyti štai kas. Absoliutus kraujo šlapalų kiekis pareina nuo jo turimo azoto, o pastarojo kiekis — nuo maisto savybių. Normalus azoto kiekis nėra pastovus. Tad tyrinėjimams turi vertės tik žymus kraujo azoto kiekis, atsiradus jau azotėmijai. Panašiais atvejais gal racionaliau būtų susekti Ambard'o koeficientas (kraujo ir šlapimo turimų šlapalų kiekių santykis, išreikštas tam tikra matematiška formule). Tačiau šitie tyrimai tinka tik azotėmiškam nefritui. Paskutiniaisiais Becher'io tyrinėjimais, daug nusveria užsilaikymas kraujuje aromatiškų substancijų ir todel tiksliau esą daryti diagnostikai ksantoproteininė kraujo reakcija.

Ieškodamas ko kito, urologas domisi bendru inkstų darbo našumu labai retai; panašius atvejus išvardinsiu žemiau. Urologiškuose tyrimuose siekiama sulyginti tarp savęs

abiejų inkstų darbo našumas, nes tatai leidžia atsakyti į klausimą — katras inkstas nesveikas? Tatai paaiškėja ne vien tik iš kliniškų simptomų, bet iš mikroskopiškų, chemiškų, fiziškų ir bakteriologiškų šlapimo tyrinėjimų. Juk dažnai kliniški reiškiniai atsiranda tik vėliau; kitais atvejais priešingai — pirmos ligos žymės atsispindi tik šlapime. Turiu pasakyti, kad mums daug svarbiau yra susekti slaptoji inkstų insufficiencija negu atviroji, nes tatai leidžia tikėtis geresnių operatiškų vaisių. Tam reikalui turime funkcinę inkstų diagnostiką, kuri, vos tik atsiradusi, jau parodė didžiulę savo vertę. Keistai skamba Munk'o lūpose nepaisymas šitų diagnostikos metodžių (Baetzner). Jei tačiau aukščiau nurodomieji daviniai neleidžia mums padaryti bet kurios išvados, tuomet dar patarnauja rentgenas, vartojamas įvairiais būdais.

Dabar matome, kad, jei terapeutui albuminuria, cylindruria etc. praktiškai patiekia labai maža davinių, tai urologui šitie simptomai yra jo ieškojimo rodyklės. Tačiau ir čion, kaip visur, nereikia perdaug pasitikėti viena metode prieš kitą; tik visos metodės kartu gali mus įtikinti. Ypač tenka būti atsargiam urologui, nes po išvados seka veiksmas, nulemiąs pacijento likimą.

Tyrimo metodika. Chemiškas, mikroskopiškas, bakterioskopiškas ar bakteriologiškas steriliu būdu gauto iš pūslės šlapimo tyrimas*). Tenka prasitarti, kad tatai nevisuomet leidžia tikrai susekti ligos vaizdą. Sakysim, užsikimšimas arba vieno inksto anuria duoda visiškai normalų pūslės šlapimą. Panašiais atvejais, kai liga nepaaiškėja, turime tyrinėti toliau atskirai kiekvieną inkstą cystoskopijos pagelba. Pastaroji kombinuojama su chromocystoskopija; tatai nėra sunku ir padaroma greitai ambulatorijoj. Prancūzijoj urologijos lopšyje, taip pat Šiaur. Amerikoj, Italijoj, vartojamas phenolsulfophtaleinas (Rowntrey et Gerarghty). Vokietijoj anksčiau buvo vartotas methylenblau, pasiūlytas 1892 m. Kuttner'io, dabar vartojamas indigokarminas (Völker et Joseph). Prancūzijoj ir dabar dar tebevartoja methylenblau.

Principas — apkrauti inkstus darbu, verčiant juos pašalinti iš organizmo jam svetimą dažančią substanciją.

Pasirenkant funkcinį bandymą svarbu ne vienas tik fiziologiškas tikslumas, bet ir kliniškas jo tinkamumas. Iš visų dažų tinkamiausias — indigokarminas, nes 1° indigo išeina nepakitusia spalva, 2° dažo gana stipriai; skirtumas sveikoj ir sergamoj pusėj išeina labai ryškus ir neabejotinas. Methylenblau išeina kartais iš dalies netekęs spalvos. Indigokarminas, kaip tatai tvirtina Latzko, tik vieninteliu atveju — ne-

*) Moterims visuomet tiriamas paimtas kateteriu šlapimas.

frito ligoj — galįs neduoti jokių nukrypimų iš normos. Jau silpnutėlis melsvumas, pasirodąs uretero angoje, jei nekalbėsime jau apie žalsvumą, leidžia nustatyti anatomišką inksto trūkumą. Tatai yra pirmas tyrimo etapas.

Toliau seka ureterų kateteravimas skyrium ir visapusiškas gauto iš kiekvieno uretero atskirai šlapimo tyrimas. Kai kas dar vartoja phloridzin'o bandymą eksperimentiškai glykosuri'jai sukelti.

Išvardintieji tyrimai leidžia suvokti inkstų susirgimą ir pažinti, katras inkstas susirgęs. Jie galima atlikti bet kuriose privačiose apystovose. Šiuo laiku indigokarminas dažniausiai švirkščiamas į veną.

Visa, kas išdėstyta, parodo, kad dažų išskyrimas pro inkstus turi reikšmės tik palyginti tam procesui viename ir antrame ureteryje. Bepig būtų spręsti, jei galėtume įvertinti kiekvieno inksto darbą pagal absoliutų išleidžiamų dažų kiekį. Šita jau nebe nauja idėja mėginta atgaivinti 1912 metais Amerikoj (R o w n t r e y and G e r a r g h t y), nusistačius, kad phenolsulfophtalein'as sveikų inkstų išleidžiamas per 2 valandas.

Išleidžiamieji dažai apskaičiuojami kolorimetrišku būdu. Mano padarytieji 1912—13 metais bandymai su sveikaisiais ir ligoniais, dėja, šitos metodės tikrumo nepatvirtino, apie ką savo laiku buvo pranešta Miuncheno gynekologų draugijos posėdyje.

Taigi phenolsulfophtalein'inis bandymas neišlaikė kiekybiško kvotimo. Kokybiškai jis tinka lygiai su indigokarmin'ine metode ir labai dažnai vartojamas Prancūzijoj (B l a n k-Bordeau, S i g u r e t - P a r i s, B a z y, C a t h e l i n*).

Operacijos klausimui išspręsti turėtume dar padaryti kontrolinį bandymą; kaipo toks, tiks vienas katras arba abu kartu bandymai, kuriuos dabar paminėsiu. Tatai yra: 1) kryoscopia paimto skyrium šlapimo, kitaip sakant, susekimas šlapimo molekulinės koncentracijos išeinant iš jo užšalimo punkto (K o r a n y i) ir 2) „polyurie experimentale" pagal A l b a r r a n'ą.

Vienam inkstui susirgus paprastai pakanka kryoskopijos skyrium iš inkstų paimto šlapimo. Klinikoje galima šiuodu bandymu sugretinti. Ypač didžios svarbos jie turi abejapusio inkstų susirgimo atvejais, kai tenka operuoti rimčiau susirgęs inkstas.

Prie šito klausimo grįšime dar vėliau.

Visais abejotinais atsitikimais tenka griebtis r e n t g e n o. Paprasta rentgenograma r e t a i kada duoda aiškų inksto atvaizdą. Čia reikia geros technikos ir naujausios prietaisų konstrukcijos, būtent, B u c k y - P o t t e r'io ekrano. Pastarasis reflektuoja nuošalius išsisklaidžiusius spindulius, atsirandančius antriniu keliu, galinčius kliudyti atvaizdo ryškumui. „Bucky-Pot-

---

*) Phenolsulfophtalein'o ampulės demonstruojamos posėdyje.

ter'io" ekranas leidžia pamatyti apatinį inksto poliusą be pyelografijos.

Pyelographia turi didelės svarbos, nes, pasak Kümmel'io, akmenys praleidžia rentgeno spindulius 2%, o, pasak Joseph'o, net 10% atsitikimų. Tatai liečia ne tik xanthin'us arba uratus, bet ir kitokius akmenis.

Kontrastinė pyelografija, pasiūlytoji Lichtenberg'o ir Völker'io, jau pakankamai buvo išaiškinta kol. Lurje ir aš joj neapsistosiu. Priminsiu tik, kad jos nedaro vienu metu iš abiejų pusių. Kas del jos vartojimo inkstų tuberkuliozei pažinti, tai čia esama įvairių nuomonių. Šiuo metu aišku tik viena: pyelografija nėra pavojinga net vaikams. Tatai patvirtina neseniai Kairis'o padarytoji Joseph'o klinikoj pyelografija 1½ metų mergaitei. Pacijentei reikėjo padaryti abejapusė pyelografija ir tatai buvo atlikta 2 seansais.

Pastaruoju laiku pataria daryti pyelografiją pripučiant į piltuvus oro. Šitos metodės geroji pusė ta, kad kontrastas ilgiau pasilieka piltuve ir kad oro galima įpūsti kelis šimtus ccm. be žalos ligoniui. Fronstein'o klinika Maskvoje turi nustačiusi štai kurias indikacijas orui pūsti į piltuvus: uratai, hydropyonephrosis. Tuo būdu išvengiama skausmų po pyelografijos, kurie atsiranda del kliūčių skysčiui nubėgti; iš kitos pusės, galime atskirti intrarenininį piltuvą nuo ekstrareninio.

Kitas rentgenodiagnostikos būdas yra *pneumoren*. Pneumoren nereikia painioti su oro pūtimu į pilvo vidų, pasiūlytu 1918 m. Goetze's ir pavadintu „pneumoperitoneum". Pneumoren pasiūlytas Rosenstein'o 1921 metais. Į perireninę sritį pučiamas deguonis (O) gauti inksto konturams. Be Rosenstein'o, tuo pačiu metu panašų siūlymą padarė argentiniečiai Carelli ir Sardelli, tik jie įpučia CO_2. Skirtumas toks, kad O_2 susigeria per 2—3 dienas, o CO_2 per 5—6 valandas. Technika nurodyta Böminghaus'o (Völker'io klinika).

Pastaruoju metu gerai atsiliepia apie pneumoren'ą Cholcov'o klinika (Leningrade) ir Maskvos autoriai. Pneumoren tačiau daromas tais atvejais, kai kitos tyrimo metodės nieko nėra davusios. Gaertner'io eksperimentiškais daviniais, pamažu pūčiant O_2 ir tuo pačiu metu auskultuojant širdį metodė pavojaus nesukelianti. Indikacijų pneumoren'ui daug. Pažymėsiu tik, kad pneumoren yra vienintelė metodė, leidžianti susekti perinephr'inius suaugimus. Aprašomasai tyrimas daromas tik stacionariniams ligoniams.

Kai visi išvardintieji tyrinėjimai parodo, kad štai šitas inkstas serga tam tikra liga, o antras inkstas sveikas, tuomet iškyla operacijos klausimas.

Operacijos metodė paaiškėja ant operac. stalo atidengus inkstą.

Aukščiau minėtais atsitikimais sveikas inkstas, išpiovus sergamą, pasiima abiejų inkstų funkcijas ir, kompensatoriškai padidėdamas, atlieka jam užkrautą darbą apsaugodamas ligoniui gyvybę.

Abiejų inkstų susirgimas. Daug rimčiau, kai suserga abu inkstu (chirurg. susirgimai).

Negalime išpiauti sunkiau sergančio inksto nežinodami, ar pasilikęs sveikesnis inkstas galės kompensuoti išpiautą ir ar nepablogės po operacijos ligonio būklė, ar nesutrumpinsime jam gyvenimo. Ir, kas svarbiausia, reikia gerai žinoti, katras inkstas sunkiau serga. Ir čia neapsieis be funkcinės inkstų diagnostikos.

Kad išvengtume klaidų, turime patikrinti gaunamas išdavas keliomis ir tai patikimiausiomis metodėmis. Absoliutūs inkstų ekskreto (šlapimo) sudėtinių dalių kiekiai, deja, neduos jokių nurodymų.

Koranyi'o teorija, rišusi normalų inkstų darbo našumą su tam tikra molekuline šlapimo koncentracija*) (= Δ) seniai nusmuko. Tačiau dar 1900 metais išvadose mėginta ja bazuotis.

Nauji Rowntrey'o ir Gerarghty'o mėginimai pasinaudoti inkstų išleidžiamu phenolsulfophtalein'u, kurs prieš tai buvo įšvirkštas į raumenis, kad pagal jo absoliutų kiekį, apskaitomą kolorimetrišku būdu, spręstume inkstų darbo našumą, kaip aukščiau esame matę, nepavyko.

Taigi turime tenkintis vien kokybišku molekulinės įvairių inkstų šlapimo koncentracijos palyginimu; prie tų davinių dar prisideda chemiško, fiziško ir bakteriologiško tyrinėjimų rezultatai, imant tyrimams skyrium iš kiekvieno inksto sterilišku būdu šlapimą ureterų kateteravimo pagelba.

Kairiojo ir dešiniojo sveikų inkstų molekulinės koncentracijos skirtumas, paimant jų šlapimą tuo pačiu metu, neturi būti didesnis, kaip 0,4° (Döderlein ir Krönig). Tatai esu patvirtinęs mano kliniškos medžiagos tyrinėjimais 1912 m.

Skirtumui esant didesniam kaip 0,4°, susirgęs esti tas inkstas, katro molekulinė koncentracija mažesnė, t. y. mažesnis absoliutus skaičius, arba katro užšalimo punktas stovi arčiau prie 0°**).

Pavyzdžiai:

1-as atvejis: Δ deš. inksto = — 2,1° | Diff. 0,3°. Ergo: abu inkstai
Δ kair. inksto = — 1,8° | sveiki.

---

*) Koranyi pažymi šlapumo užšalimo laipsnį Δ.

**) Technika nurodyta autorius monografijoj..

2-as atvejis: △ deš. inksto = — 2,1° } Diff. 0,6°. Ergo: k a i r y s i s
△ kair. inksto = — 1,5° } inkstas nesveikas.

3-as atvejis: △ deš. inksto = — 0,7° } Diff. 0,3°. Gali būti susirgę abu inkstai; tuomet klausim. išsprendžia „polyurie experimentale" (žiūr. toliau).
△ kair. inksto = — 0,4° }

Abiem inkstam susirgus (kliniški daviniai), differencija tarp Δ abiejų pusių irgi gali būti ne didesnė kaip 0,4°. Tais atvejais molekulinė koncentracija kreipia dėmesio mažu absoliučiu skaičiumi (žiūr. pav. 3), nėsant tam jokio pagrindo (pav.: specialiai nebuvo duota gerti skystimo; atvirkščiai, mėginimas buvo daromas su nevalgiusiais ir negėrusiais). Čionai būtinai reikalinga padaryti praskiedimo mėginimas.

Tuo pačiu metu inkstus ištiria pagal A l b a r r a n'ą praskiedimo pajėgumui susekti. Pastarasai pasiūlė šitą metodę 1897 metais, pavadinęs ją *„polyurie experimentale"*. Metodė, tiesa, turi vieną trūkumą: ji labai sugaišina gydytoją ir reikalinga didi-didelės ligonio kantrybės, bet užtai tiksli.

Kombinuodami kalbamą metodę su skyrium paimto iš ureterų šlapimo kryoskopija, gauname labai aiškų vaizdą to, ar pakankamai atlieka savo darbą mažiau sergąs inkstas arba, kitaip tariant, ar pajėgs jisai kompensuoti kitą sunkiau sergantį inkstą, jei pastarąjį pašalintume.

A l b a r r a n'o metodėje ligoniui įstatomi į kiekvieną ureterą kateteriai ir duodama išgerti iki 500 ccm. skystimo; toliau, per ištisas 2 val. kas pusvalandė matuojamas renkamo šlapimo kiekis iš kiekvieno kateterio ir apskaitoma jo molekulinė koncentracija. Įtardami abejapusį inkstų susirgimą, vartojame A l b a r r a n'o metodę, kaipo kontrolinę. Ir čia Δ skirtumas kairiajame ir dešiniajame inkste gali būti taip pat nedidesnis, kaip 0,4°, kaip sveikuose inkstuose, tačiau praskiedimo kreivoji sustos vietoje, neparodžiusi svyravimo amplitudos, kitaip sakant, sergąs inkstas prieš praskiesdamas ir praskiedęs beveik nepakeis Δ ir išleidžiamojo šlapimo kiekio, kas aiškiai matyti grafiškame bandymo braižinyje.

Kadangi silpnas sergančių inkstų pajėgumas gaminti koncentruotą šlapimą verčia ieškoti jų funkcijų intensingumo rodyklio kraujuje, tai, K ü m m e l'io*) siūlymu, tuo pačiu metu nustatoma ir (δ) molekulinė kraujo koncentracija. Absoliutinis skaičius pastarosios neturi būti didesnis, kaip 0,59° (δ = — 0,59°), kad pavadintume atsitikimą operuotinu.

Neslėpsime, kad vaduotis tik viena metode yra rizikinga, nes įvairių bandymų rezultatai skiriasi nuo vienas kito. Tuo tarpu s k y r i u m i š i n k s t ų p a i m t o š l a p i m o k r y o s-

*) K ü m m e l'is pasiūlė kraujo užšalimo punktą ženklinti δ.

kopija, Albarran'o bandymas ir kraujo kryoskopija kartu visuomet aiškiai pasako, ar galima operuoti.

Iš savo praeities prisimenu štai ką. Darant man tyrinėjimus gynekologinėje klinikoje, tuo pačiu metu terapinėje prof. F. Müller'io klinikoje prof. Neubauer'is kartu su dr. v. Monakov'u darė bandymus su inkstų išleidžiamuoju kreatininu, norėdami pagal pastarojo kiekį spręsti katro nors inksto funkcinį sutrikimą. Tiems tyrimams dažnai siųsdavau jiems atskiras šlapimo porcijas. Labai dažnai jų daviniai ne tik nesutikdavo, bet ryškiai skirdavosi su mūsiškiais, gautais mūsų minėtomis metodėmis. Operacijos patvirtindavo mūsų išvadas.

Išvados, pagrįstos randamomis N liekanomis kraujuje (Kjeldal'io metode), dažnai nesutinka su kraujo indicanaemi'jos daviniais, kuriuos taip pat pataria vartoti funkciniam inkstų bandymui.

„Ambard'o constante", kaip matome iš 1926 m. prancūzų literatūros, turi pastaruoju laiku daug priešininkų prancūzų chirurgų tarpe. Nurodysiu kad ir žymiausius autoritetus — Marion'ą ir Cathelin'ą.

Mūsų aprašytieji ir patariami bandymai turi didžiulį praktikinį stažą, ir jais galima visiškai pasitikėti.

Prieinu kai kuriuos atskirus chirurgiškus inkstų susirgimus. Visi žinome, kad atsiradus pas ligonį skausmams ir dieglių priepuoliams inkstų srityje, pirma eile manoma apie akmenis.

Akmenys. Turint dieglius dešiniojoje pusėje tenka pamanyti ir apie appendicitą ir cholelithias'į. Diff. diagnozei daugiausia padeda rentgenas.

Paskučiausiu laiku dr. Friszman'as (Varšuvoj) atkreipė mūsų akį į vieną fenomeną, tiesa, pastebimą tik nėsant t°. Tatai yra *„tranzitoriška azotaemia"*, t. y. padidėjimas absoliutinio kraujo šlapalų kiekio nephrolitias'ėj; esant appendicitui ir cholelithias'ei to nebūna. Coll. Friszman'o stebėjimai remiasi tik 20-čia atsitikimų. Jie reikėtų patikrinti, juo labiau, kad tatai galima ir privačioj praktikoj. Dr. Friszmann'as apie tai prašo savo pranešime.

Troisier aprašo diagnostinį simptomą inkstų diegliuose, būtent, skausmą, jaučiamą paspaudus musc. sterno-cleido-mast. vietoje tarp clavicula ir portio sternalis. Skausmas esąs tiek stiprus, jog verčia ligonį atlošti galvą užpakalin. Esant abiejų pusių diegliams, ir skausmo fenomenas randamas abejapusis.

Šiuo laiku inkstų akmenligėj operacija indikuojama: 1) anurijoj, 2) staigioj pyelonephrit'o infekcijoj, 3) atsitikimuose, kuriuose tenka laukti sunkaus nepataisomo inksto suirimo visiškai arba beveik visiškai užsikimšus piltuvui, calices arba ureterui ir

del tos priežasties padidėjus inkstui; taip pat turint dažnus dieglius arba ilgai besitęsiančią šlapimo takų infekciją.

Visais kitais atsitikimais mėgina gydyti konservatiškai. Ureterų akmenligės aš šiandien neliesiu, nes tatai prasilenktų su mano tema.

Tarpe konservatiškų gydymo metodžių paminėsiu paravertebr. anesteziją D_{12}, L_1, L_2, kurią pastaruoju laiku sėkmingai vartoja dr. Iščenko (Kijeve) diegliams numalšinti (n. splanchnicus — anaesthesia per r. communicantes, einančius į spinal. nervus D_{10}—L_2).

Ren mobilis. Kad ir nevisuomet ren mobilis operacija duoda teigiamų vaisių — o būdų operuoti pasiūlyta daugybė —, vis tik urologui labai svarbu mokėti pažinti šita anomalija, kaipo etiologiškas momentas. Turiu galvoje klajojantį inkstą, kaipo priežastį hydronefrozės arba, tikriau, pyeloectas'ijos.

Paminėsiu gudrų būdą, vartojamą Prancūzijoj ir Rusijoj (Fedorov'o, Goraš'o), kai serganti yra moteris ir dešiniojoje abdominis pusėje randamas tumor, o pyelografijos daryti del bet kurių sumetimų negalima. Diff. diagnozė: cystoma ovarii sive ren mobilis. Būdas turi „eksperimentiškų dieglių" pavadinimą.

Štai jisai. Uret. kat. Char. 7—8 N įvedamas iki piltuvo, maždaug 28 cm. Į kateterį švirkščia 9—15 ccm. sol. natrii chlorati physiolog. Ligonė pajaučia skausmus. Jeigu ji turi cystoma ovarii, skausmai jaučiami aukščiau, inkstų srityje; jei būta ren mobilis, — skauda žemiau, tumoro srityj.

Hydronephrosis. Žinome tris šito susirgimo grupes: 1) intermittens — perijodiškas patuštėjimas; 2) remittens — status negrįžta normon, visuomet esti R. H.*) ir todel piltuvas išsiplėtęs; 3) chronica — perijodiškas patuštėjimas negalimas del nuolatinio latako užsikimšimo. Pirmos dvi grupės yra atviros formos, trečioji — slapta.

Diagnostas turi čia 3 uždavinius: 1) pažinti susirgimą pačioje pradžioje, 2) pažinti klinišką susirgimo formą ir 3) susekti hydronefrozės priežastį — surasti kliūties vietą ir pobūdį.

Svarbiausioji hydronefrozės priežastis yra, kaip esame minėję, ren mobilis. Ureteras negali daryti plaučių klajojančio inksto ekskursijų ir sudaro su piltuvu tam tikrą kampą. Labai retai hydronefrozėje pasitaiko haematuria. Šitas simptomas vos tik atsirasdamas supina hydronefrozės diagnostiką. Haematuria atsiranda tik pasibaigus užtvenkiamajam priepuoliui arba ex vacuo.

Šitokiais atsitikimais tenka dar manyti apie esamą piktybinį naujiką (papillinis piltuvo tumor), apie gaureles, uždaran-

*) R. H. = užsilieką̨s šlapimas.

čias piltuvo angą. Bet tuomet, vietoj perijodiškų skausmų, ligonis jaučia nuolatinį skaudėjimą. Pastarasis esti neuralgiško pobūdžio, kai naujikas spaudžia artimus nervus.

Retkarčiais pacijentas apskritai nejaučia savo ligos, tik pastebi padidėjusį pilvą, sunkumą ir nepatogumą, kurie verčia kreiptis į gydytoją.

Operatiškas gydymas (nephrectomia) vienapusėje hydronefrozėje duoda gerų sėkmių (pasak K ü m m e l'io, 99—100%). Tatai patvirtina B a e t z n e r'io stebėjimai.

Iš šitų davinių matome, kad prognozė žmonių, turinčių tik vieną inkstą, po hydronefrozės operacijos esti labai gera. Reikia tik būti tikriems, kad antras inkstas galės visiškai kompensuoti išpiaunamąjį. Tatai parodo cystoscopia, ureterų kateteravimas ir funkcinė diagnostika. Ankstyvais hydronefrozės atsitikimais, kurių negalima pažinti funkcinės diagnostikos pagelba, būtinai reikalinga pyelografija.

Čia tenka spręsti diff. diagnostikos klausimas dar tarp akmenligės ir *nephritis colica* (C a s p e r).

Crux medicorum yra *tbc. renis* diagnostika. Žinome, kad tbc. bacilos retai kada randamos šlapime, kad dažnai jas supainioja su smegmos bacilomis.

Vis tik tbc. bacilos randamos šlapime tuo metu, kai jame dar visiškai nėra pūlių arba pastarųjų labai maža. Tatai pasitaiko tuomet, kai tbc. židinys vos tik susikuria inkste: anatomiškai jis atsiranda ant ribos tarp smegeninio ir žievinio inksto sluoksnių. Šitokioj stadijoj ligonis patenka labai retai ne vien chirurgui, bet ir patologui anatomui. Kai tbc. židinys išbujoja, pasileidžia ir sudaro varškėtas kavernas, tuomet pūliai paprastai praskina sau kelią į piltuvus ir ureterus. Rentgene čia matysime ureterą tiesaus, storo, kieto neelastingo vamzdžio pavidalu, sutrumpėjusį iki 18 cm., vietoj normalių 28 cm. Pūslės vaizdas irgi savotiškas. Iš jos procesas gali užklysti apačion iki epidydymis arba lymfos takais į kitą inkstą, ką patvirtina S t ö c k e l'io ir W i l d b o l z'o tyrinėjimai.

R e i k i a v i s u o m e t a t m i n t i, kad pūslės *tuberkuliozinių opų* p i r m a p r a d ė y r a i n k s t a s.

Kitokia inksto tbc. forma, pasidaranti iš randamų miliariškų tuberkulų, duoda blogą prognozę. Nesuradus tbc. bacilų, vienintelis būdas įrodyti tbc. renis buvimą yra skiepymas jūros kiaulaitei. Tik čia skiepymo išdavas turi komentuoti prityręs bakteriologas, nes kartais pasitaiko „tvarto" infekcija, kliudanti diagnozei. Turi vertės tik „Drüsenketteninfektion". Tyrinėjimas turi tą minusą, kad sugaišta 3—6 savaites.

Kad ir surastume tbc. bacilas bet kurio inksto ekskrete, tatai dar ne visuomet įrodo inkste tbc. buvimą, nes inkstas gali

praleisti tbc. bacilas, patsai nuo jų nenukentėdamas. Tatai patvirtinta operatiškais daviniais.

Šiuo metu inkstų tbc. gydo chirurgišku būdu. Konservatiškas gydymas prieinamas tik turtuoliams ir labai ilgai trunka, o jo išdavos abejotinos. Tbc. renis pačios ligos atžvilgiu galima sulyginti tik su tbc. durae matris arba smegenų quo ad sanationem spontaneam ir jokiu būdu negalima lyginti su kaulų arba sąnarių tuberkulioze.

Kai pyelogramoje esti kavernų žymės arba matomas susiraukšlėjęs ureteras, visuomet indikuojama chirurgiškoji intervencija. Su tuo sutinka ir Vokietijos ir Rusijos mokslininkai (Joseph ir Fiodorov).

Susirgus tbc. abiems inkstams, rimčiau sergąs inkstas išimamas štai kuriais atvejais: 1) jei pastarasis žymiai suiręs ir turime sunkias, dažnas hėmaturijas, 2) jei skausmai ir diegliai nepasiduoda jokiai terapijai ir 3) jei paliekamas inkstas vos tik pradėjęs sirgti (Israel).

Kliniškai kartais inkstų tbc. gali reikštis tik diegliais. Inkstų diegliai ne visuomet esti būtinai neprolithiasis simptomu. Juos gali sukelti bet kuris uretero užakimas: nuo pūlių, kraujo, nuo susiaurėjimo, suspaudimo, nefrito su įdegimine inksto būkle.

Ypač diegliai dešiniojoje pusėje reikia smulkiausiai analizuoti diff. diagnozės ir etiologijos prasme.

Inkstų tuberkuliozėje cylyndriuria pasitaiko retai; akmenligėje — dažnai. Kuttner'is pataria visuomet ieškoti inkstų tbc., kai turime dieglius be aiškaus akmenligės vaizdo.

Paskučiausiu laiku pasiūlytas šitoks diagnostikos būdas Pirquet'o reakcijos pagelba. Reakcija padaroma ant rankos ir po 1—2 dienų ant šono įtariamo proceso (tbc.) srityje; reakcijos stiprumo skirtumas nurodo, kad turime inkstų tbc., bet ne akmenligę.

Kasdieniniam gyvenime inksto tbc. suranda pripuolamai, ligoniui atvykus pas gydytoją del turimų pūslės skausmų. Kiekvienas gydytojas turi atminti, kad ilgai tveriąs cystitis visuomet įtartinas kai del tbc., ypač jei pūslės talpumas sumažėjęs ir ligonis turi dažnai šlapintis.

Pavyzdys. Jei, sakysime, jaunuolis pareiškia, kad jisai prieš kelias dienas buvęs sveikas, o dabar naktį turįs dažnai šlapintis, tai, suprantama, įtarsime tik staigų cystitą.

Bet jei ta būklė tveria jau senokai ir vis eina blogyn, o tuo tarpu pūslės talpumas sumažėjęs iki 50—100 ccm., kas pigu susekti kateteruojant ir pripildant pūslę, tuomet tenka rimtai įtarti tbc. infekcijos buvimas. Čia gydytojas turi gerai patyrinėti, ar ligonis neturi bet kur naujo arba pasenusio tbc. židinio. Nieko neparodžius išoriniam tyrinėjimui, galime dar surasti slaptai susirgusias abdominis ar thoracis liaukas.

Pradinė šlapinimosi takų tuberkuliozės stadija labai sunku pažinti, nepasirodžius dar skaudžiam opų procesui pūslėje.

Kartais aprašomas susirgimas surandamas visiškai netikėtai.

Laiku pašalindami sergantį tbc. inkstą, gauname 80% patvarių rezultatų (J o s e p h).

Ankstyva diagnozė galima tik bendromis internisto ir urologo jėgomis kiekvienu įtartinu atveju.

Mūsų turimos tyrimo priemonės dažniausiai leidžia išaiškinti ligos pobūdį. Kiek dar yra neaiškus daugumai reikalas visapusiškai išnaudoti kai kuriuos funkcinės inkstų diagnostikos būdus (sakysim, chromocystoskopiją), parodo tasai faktas, kad įstačius cystoskopą intelegentiški ligoniai kartais atsisako nuo chromoskopijos, nusiramindami, kad pūslėje esą nieko nesurasta. Keista, kad tokių ligonių tarpe esama ir gydytojų. O juk laikui slenkant pablogės ir ligonio būklė ir pati prognozė.

Paranephritis. Iš kliniškų simptomų artimų inkstų sferai susirgimų — turiu galvoje paranefritinius susirgimus — įdomu apsistoti vienoj ligoj, pastaruoju metu dažniau sutinkamoj literatūroje. Tatai yra *inksto karbunkulas.* Liga šitaip pavadinta I s r a e l'io dar 1891 metais.

Diagnozė esti labai sunki, panašiai kaip kortikinio nefrito atveju, jei nerandame objektingų davinių šlapime ir tarp kitų kliniškų reiškinių vyrauja sepsio simptomai. Tačiau šlapime dažniausiai surandami pūliai, erytrocitai.

Karbunkulas pratrūksta arba į piltuvą (gauname pyuriją) arba pro inksto žievę (gauname abscesus paranephriticus).

Sukėlėjas — staphylokokk'ai. Pastarieji, R o v s i n g'o stebėjimais, skaldo šlapimo šlapalus ir gamina ammonį.

Rentgenas čia paprastai nieko neparodo; retkarčiais matome padidėjusį inksto šešėlį.

Pyelografija čia pavojinga.

Diff. diagnostika. Nuo pyelito inksto karbunkulas skiriasi sunkia ligonio būkle. Pyelitas neduoda funkcinio sutrikimo, karbunkulas tatai gali duoti.

Etiologija: staphylokokkinė infekcija su emboliško pobūdžio metastaze inkstuose.

I s r a e l'is sugriovė anksčiau vyravusią nuomonę apie būtiną dalyvavimą ligos procese abiejų inkstų.

Liga gali apimti tik vieną pusę. Nuo pradinio susirgimo iki inkstų ligai, R i a z a n c e v'o stebėjimu, gali praeiti arti 2 mėnesių.

T e r a p i j a. Inkstas atidengiamas ir, žiūrint reikalo, daroma decapsulatio arba nephrectomia.

Hypertr. gl. prostatae. Keli žodžiai apie funkcinės inkstų

diagnostikos reikšmę gl. prostatae susirgimuose ir prostatectomi'jos operacijoj.

Prostatectomia padaroma 1 arba 2 seansais. Dar prieš operuodami turime nustatyti, kiek dar yra pakankamas inkstų darbo našumas chroniškai pakitėjus jų darbo sąlygoms (juk inkstai turėjo prisitaikinti prie padidėjusio kraujo slėgimo, vis didėjant darbo kliūtims), kad inkstai galėtų pradėti dirbti normaliomis sąlygomis po operacijos. Tasai perėjimas kartu su operacijos „choc'u" dažnai apmokamas ligonio gyvybe, kartais net 10—14 dieną po operacijos. Senatvė ir specifinga vadinamo prostatiko labilitas ne visuomet jam leidžia pakelti tą inkstų grįžimą „taikos" būklėn.

Prostatos hypertrofijoj vienas inkstų insufficiencijos simptomų yra polyuria (žemas lyginamasai svoris per 24 h). Ligoniai išleidžia šlapimo daugiau, negu išgeria skysčių, ir kenčia p o l y d i p s i j ą. Nebėsant diabeto arba raukšlėto inksto, sunkus inkstų funkcinis sutrikimas galima nustatyti iš tam tikrų simptomų organizmo intoksikacijos medžiagos apykaitos produktais (džiūvimas burnoje, liesumas, stoka apetito, nenuraminamas troškulys).

Kuri funkcinės diagnostikos metodė čia tiktų? Ogi ta, kuri leidžia pažinti inkstų hyposthenuriją (K o r a n y j); tatai yra H_2O ir koncentracijos bandymas (S t r a u s s - V o l h a r d).

Ekstrareniniams faktoriams išjungti P o p p e r t'as (G i s s e n e) pasiūlė kontrolinį bandymą su pituglandoliu (pastarasis verčia sveiką inkstą, nežiūrint į praskiedimą, produkuoti šlapimą aukštos koncentracijos).

Yra dar keli būdai ir indikatoriai (P o p p e r t, S a l o m o n, B e c h e r), kurie leidžia suvokti, ar nepavojinga inkstams prostatos operacija. Tatai yra metodės — susekti kraujuje indikanui ir pakeisti rūkščiai šlapimo reakcijai šarmiška (R h e n). Smulkiai jų nenagrinėsiu, nes nueitume per toli.

Pagaliau jau esu trumpai išdėstęs svarbiausias šių dienų funkcines inkstų diagnostikos metodes. Per paskutinius 15 metų žymiai pakitėjo tik rentgeno technika. Šita tyrimo metodė ėmė pastaruoju laiku dominuoti inkstų diagnostikoje, sparčiai pažengus jos technikai ir patobulėjus kitiems elektromediciniškiems prietaisams, vartojamiems urologiškoje diagnostikoje (cystoskopui).

Dabar visa *reziumuosiu* šitaip:

1. Urologijoj diagnozei ir prognozei naudojamasi visomis tiriamųjų metodžių grupėmis, pasirenkant iš kiekvienos grupės paprasčiausias; vienos metodės nepakanka, nes suklydus gresia rimtos pasėkos.

2. Tyrimo metodės mums leidžia, patikrinus ir apsvarsčius

rezultatus, tikrai suvokti, katras iš inkstų sergamas ir kame lokalizuota liga.

3. Funkcinės inkstų diagnostikos daviniai turi kokybiškos, bet ne kiekybiškos vertės. Tačiau tie daviniai nėra proporcingi anatomiško suirimo dydžiui.

4. Inksto likimo klausimas sprendžiamas intra operationem.

5. Neaiškiais atsitikimais sunkioj ligonio būklėj indikuojamas vieno ar abiejų inkstų atidarymas.

6. Abejapusių susirgimų atvejais galima kuo ne visai tikrai nusistatyti, ar galima pašalinti rimčiau sergąs inkstas, vertinant davinius paimto tuo pačiu laiku iš abiejų inkstų skyrium šlapimo kryoskopijos ir Albarran'o „polyurie experimentale", be to, mikroskopiškos skyrium paimto šlapimo analizės pagelba. Galima dar pasinaudoti suradimu δ, kraujo šlapalų kiekiu ir xanthoprotein'ine reakcija*), kurios technika nesunki.

7. Gavę nepatenkinamas išvadas, galime pasinaudoti Kümmel'io patarimu, būtent, pirma dekapsuliuoti sveikesnį, inkstą, kad jį priruoštume kompensuoti vėliau pašalintiną rimčiau sergantį inkstą.

8. Cystoskopija ir ureterų kateteravimas šiuo laiku reikia vartoti larga manu visais tais atvejais, kur įtariame urologiškosios sistemos susirgimą, arba tam, kad panašius susirgimus atmestume diff. diagnostikoje.

Šitų tyrinėjimų reikalą įrodys kad ir šitoks atsitikimas.

Pacijentui staiga atsirado šlapinimos takų kraujaplūdis be kurių nors subjektingų simptomų. Po 14 dienų kraujaplūdis pasikartojo tuo pačiu stiprumu. Ligonis kreipėsi prie gydytojo internisto. Diagn.: nephritis haemorrhagica. Paskirtas tam tikras gydymas. Diagnozei davė pagrindą hyalininiai cilindrai ir kraujo slėgimas, lygus 200 mm. Hg. Ligonis pasitarė su kitu gydytoju. Pastarasis įtarė chirurgišką inksto susirgimą. Atsiklausta urologo. Cystoskopija. Pūslėj nesurasta jokių pakitimų. Tik vienas simptomas atkreipė į save urologo dėmesį, būtent, kairiojo ureterio vangus susitraukimas. Šitą simptomą mini prancūzų mokykla. Indigo taip pat silpniau išeidavęs kairiojoje pusėje. Srovės būta normalios abiejuose ureteruose. Abiejų pusių šlapime būta hyalin. cilindrų ir inkstų epitelio. Bakteriologiškai susektos Gramm - neigiamos lazdelytės. Padaryti bandomąjį inksto atidarymą urologas tuo metu atsisakė, pabijojęs plethor'os ir aukšto kraujo slėgimo. Ligonis vėliau atvyko tik po mėnesio, bet jau turėdamas kairiojoje pusėje dieglius. Ir antrą kartą cystoskopija parodė kairiojo ureterio žiotyje ploną 12—15 cm. ilgio kūną, ritmingai įtraukinėjamą ureteran. Pačiupinėjus tą kūną kateteriu pasirodė, kad tatai nėsąs konkrementas, bet objektas, sudarytas iš skaiduliotо audinio. Daiktas išėjo po 48 val. Uretero žioties užakimo metu ištirtasai šlapimas buvęs visiškai švarus. Pyelografija parodė: ureteras kiek iškraipytas ir piltuve esama kiek įtartinų vietų, resp., defektų prisipildymo kontrastine medžiaga.

Operacija. Diagnozė: Hypernephroma kairiojo inksto viršutiniame ašigalyje. Slėgimas po operacijos krito.

Šitas atsitikimas mus moko, kad reikia arčiau bendradar-

---

[13]) Techniką žiūr. Wildungener Vorträge, 1925, Volhard.

biauti internistams su urologais. Tik tokiu keliu pavyks išaiškinti diagnozė pačioje ligos pradžioje ir, ergo, ligonis džiaugsis geresne prognoze.

LITERATŪRA.

1. Achard et Castaigne. — L'examen clinique des fonctions rénales par l'élimination provoquée. 1900.
2. Baetzner. — Diagnostik d. Chir. Nierenerkrank. 1921
3. J. Castaigne. — Maladies des reins. 1921.
4. B. Cholców. — Allgem. u. Spec. Urologie. 1927 (russisch).
5. Döderlein u. Kronig. — Operat. Gynaekologie. 1912.
6. Fedoroff. — Chirurgie d. Nieren u. Harnleiter. 1925. (rus.).
7. T. Goldbergas. — Harnkryoscopie, Albarran's Probe, Phenolsulfopht. Methode im Dienste d. funct. Nierendiagn. 1914. Monographie. („Z. f. Gyn. Urol." 1914 v. 4; „Zentr. f. Geb. u. Gyn." 1915 Nr. 27; „M, m. Woch." 1912, Nr. 52).
8. Latzko. „Halb. u. Seitz": Biol. u. Pathol. d. Weibes V. V. Pars IV.
9. Fr. v. Müller. — Innere Medicin v. Merings. 1920.
10. Rehn. — Nierenchir. u. Nierenfunction. 1925 (Wildungen).
11. Schlayer. — Nierenkrankheiten. 1926.
12. Troisier. — „Gaz. des Hôpitaux" 1927, Nr. 64.
13. Volhard. — Behandl. d. Nierenkranken. 1925 (Wildungen).

AUTOREFERAT.

Beitrag zur Diagnostik der urologischen Nierenerkrankungen.

Eine kurze Besprechung der operativen Indikationen bei med. Nierenkrankheiten, sowie der diagnostischen Methoden der chirurg. Nierenerkrankungen mit entsprechenden Beispielen. Dann einige Züge über die Klinik der verschiedenen öfters vorkommenden chirurg. Erkrankungen der pensation der Tätigkeit der später zu entferteden schwerer erkrankten Nieren..

Zum Schlusse macht der Autor folgendes Resumé:

1) In der Urologie bedient man sich verschiedener Untersuchungsmethoden zur Diagnostik der chirurg. Nierenerkrankungen. Von jeder Gruppe derselben wählt man die am wenigsten komplizierte aus. Die Resultate einer Untersuchungsmethode sind ungenügend, da fehlerhafte Ergebnisse schwere Folgen haben können.

2) Dank dieser Untersuchungsmethoden ist es jedenfalls möglich festzustellen, welche von den Nieren krank ist, u. wo die Erkrankung sitzt.

3) Die Ergebnisse der funktion. Nierendiagnostik haben keine quantitative, sondern qualitative Bedeutung.

4) Die Ergebnisse dieser Diagnostik sind nicht proportional der Grösse der anatomischen Zerstörung der Niere. Das Schicksal der Niere wird intra operationem festgestellt.

5) In den unklaren Fällen falls die Niere schwer krank ist, ist eine Freilegung einer oder beider Niere indiziert.

6) Bei der doppelseitigen Erkrankung kann man mit einer gewisser Annäherung einen Schluss ziehen, ob es möglich ist auf Grund der Ergebnisse der Harnkryoscopie der getrennt aufgefangenen Urine, der „Polyurie experimentale" nach Albarran mit der mikrosk. Analyse der separat erhaltenen Urine, die schwerer erkrankte Niere zu entfernen. Als Hilfe kan man die δ Bestimmung sowie die Harnstofffeststellung u. Xanthoproteinreaction des Blutes benutzen.

7) Im schlechten Falle ist Kümmel's Rat—die Decapsulation der weniger erkrankten Niere ausführen — zu befolgen, um somit die Kompensation der Tätigkeit der später zu entfernenden schwerere erkrankten Niere vorzubereiten.

8) Cystoscopie u. Ureterenkatherung muss larga manu in allen Fällen suspecten auf Erkrankung des uropoetischen Systhems, oder zur Ausschliessung dieser bei der Diff.-diagnose, geübt werden.

Zum Schlusse fordert der Autor die Internisten zur gemeinsamen Arbeit mit Urologen auf, denn nur in diesem Falle kann die Diagnose schon in Anfang der Erkrankung gestellt werden u. die Prognose, ergo wird für den Kranken um so günstiger sein.

Dr. G. Joffė
(Naumiestis, Taurag. ap.)

Del D-ro Steponaičio furunkuliozės gydymo alavo druskomis.

(„Medicina“ 1928, Nr. 6).

Kolegos Steponaičio mėginimai gydyti furunkuliozę alavo druskomis ir jo išmėginta formulė yra verti dėmesio. Literatūroj furunkuliozės gydymas alavu paminėtas S. Levy'o (iš Frankfurto vaikų klinikos) straipsnyje ir „D. m. W.“ 1926, Nr. 31. Tenai nurodoma, kad francūzai vartojo alavą koloidaliniu pavidalu per os ir intramuskulariai furunkuliozės, abscesų ir kitų stafilokokkinių susirgimų atvejais. Grégoire ir Frouin patvirtino žinomus stebėjimus, kad alavo darbininkai nesuserga furunkulioze.

Prof. Grosser'io iniciatyva net padaryti mėginimai gydyti furunkuliozę ir hordeolum gerai dozuojamu ir nenuodingu alavo preparatu, hordostan'u*), kuriame metalinis stannium ypačiai aktyvia forma yra šalia mažo kiekio alavo oxydul'io. Levy patenkintas hordeolum gydymo alavu (tablečių pavidalu) rezultatais, bet furunkuliozės gydymo daviniais (čia jis vartojo alavą ir tepalo pavidalu) nepatenkintas.

Labai galimas dalykas, kad D-ro Steponaičio išmėgintas būdas bus geresnis. Tatai būtų ir įdomus pavyzdys, kad yra naudingų ir tarp liaudies vartojamų vaistų, kuriais turėtų daugiau susidomėti farmakologai.

Dar pridursiu, kad Waubel'is (refer. „D. m. W.“ 1924, p. 1344) nurodo, kad metalinis alavas skilvio ir žarnų syvuose netirpsta; kad lig šiol metalinis alavas nedavęs intoksikacijos, kurią sukeliąs alavo junginys su vandeniliu (Zinnwasserstoff), kuris esąs pavojingesnis negu arseno vandenilio junginys (Arssenwasserstoff).

Farmakologiniu atžvilgiu įdomus yra irgi Waubel'io tvirtinimas, kad alavo druskos turinčios ypatybę susitelkti (anzulagern) žmogaus odos ląstelėse. Būtų tuomet kiek aiškesnis

*) Chem. farmac. akc. B-vės Hamburgo Bade.

alavo veikimo būdas stafilokkokiniams odos susirgimams, nes pasak minėtų Grėgoire ir Frouin bandymų, alavas sustabdąs in vitro stafilokokkų augimą.

Gal stannium užims teisėtą vieta terapijoj, kaip antistafilokokkinis specificum, jeigu bus atrastas veikimo sąlygų optimum.

Referat.

Zur Zinntherapie der Furunkulose nach Dr. Steponaitis.

Ueber die Behandlung der Furunkulose und anderer Staphylokokkenerkrankungen mit Zinnsalze wurde schon von S Levy in der „D. m. W.“ 1926, Nr. 31 berichtet. Prof. Grosser versuchte die Furunkulose und das Hordeolum mit einem Zinnpraeparat „hordostan“ zu beeinflussen. Maubel weist in der „D. m. W.“ 1914, S. 1344 darauf hin, dasz das metalische Zinn im Magen - und Darmsaft sich nicht löst. Seiner Behauptung nach, werden die Zinnsalze in der Hau'zellen aufgespeichert.

Dr. D. Steponaitis.

Tolimesni patyrimai furunkuliozės gydyme.

„Medicinos“ šių metų šeštame numery esu pranešęs savo patyrimus del furunkuliozės gydymo alavu. Tolimesni tos srities bandymai visiškai pasitvirtina. Dabar turiu apie 40 furunkuliozės atsitikimų, gydytų išimtinai minimu būdu. Rezultatai visada yra geresni už visus man žinomus gydymo būdus.

Koks yra alavo veikimo mechanizmas gyvame organizme? Gal alavas yra dezinfektorius? Išeinant iš to, kad išoriškai alavas neturi jokios dezinfekciškos pajėgos, pirmąją tėzę kai-kas galėtų atmesti. Iš tikrųjų, tai dar nereiškia, kad gyvame organizme jis turėtų elgtis analogiškai. Levaditi, Sazérac ir kiti tyrinėtojai sako, kad bismutas in vitro daug stipresnės koncentracijos, negu gyvame organizme, yra visai nežalingas spirochetoms. Tuo tarpu gyvame organizme yra tatai vienas galingiausių spirilicidinių agentų. Gal kas nors panašu yra su alavu vis-a-vis stafilokokkui.

Gal tatai bus vadinama „Reiztherapie“? To neprileidžiu, kadangi kraujo formulė nesikeičia; taip pat nė karto neteko stebėti vietinės ar bendros reakcijos, kaip tatai esti hemo-, autohemo - ar proteinoterapijoje. Su vakcinoterapija irgi negali ką nors bendra turėti: nejaugi, priešingai ligšioliniams dėsniams, alavas gamintų antistafilokokkinius kūnus?

Kaip čia bebūtų, tačiau praktikui gydytojui tie ar kiti samprotavimai nėra pirmos svarbos dalyku. Užtenka, kad stannoterapija yra, regis, visados labai veikli, pigi ir neskausminga. Žinoma, dar negalima išsitarti su absoliutišku tikrumu, kad alavas nugalės furunkuliozę visur ir visada. Mano ligoniai visi yra jauni, atsparaus organizmo žmonės (kareiviai). Neteko turėti nei kachektiko, nei albuminuriko, nei diabetiko, tos „pažadėtos žemės“

furunkuliozei. Neteko taip pat gydyti nei vaikų nei moterų. Žodžiu, čia yra dar plati dirva tolimesniems tyrinėjimams.

Dabar tarsiu porą žodžių iš kliniškosios patyrimų pusės. Esu jau minėjęs, kad man dar neatsitiko, kad furunkuliozė visai būtų nepasidavus stannoterapijai. Furunkulai išnyksta paprastai per 7-9 dienas, padarius tiek pat injekcijų. Bet buvo keletas štai kokių keistų atsitikimų: bėgydant plačią disseminuotą furunkuliozę, ji virto impetigo staphylogenes. Impetigo atsiranda nepaisant gydymo, jo metu, paprastai ne furunkulų vietose, bet autonomiškai. Impetigo sunkiai ir lėtai pasiduoda stannoterapijai; nors ne visada. klausimas, kodel? Aš samprotauju šitaip. Furunkulas glūdi pačioje odoje — in cutis propria, pasiekdamas dažnai poodinio jungiamojo sluogsnio. Tai yra, jo „gyvenamoji vieta" pasiekiama kraujo cirkuliacijos. Impetigo gi toliau epidermio, jeigu jam nėra lemta virsti furunkulu, neina. Tai yra, impetigo „gyvenamoji vieta" slepiasi kraujui sunkiai prieinamoje srityje. Iš to nesunku suprasti, kad impetigo gali ir turi ilgiau arba ir visai nepasiduoti stannoterapijai, kadangi stafilocidinis alavo principas jo nepasiekia. Esant tokiems atsitikimams reikia kombinuoti išvidinis gydymas su išoriniu, turinčiu tikslą sunaikinti ant odos išbarstytus morbidinius stafilokokkus.

Tam tikslui vartotinas odą mažai erzinąs, bet neblogai dezinfekuojąs A l i b o u r'o vanduo (aquae dest 200,0 + camphorae q. s. ad saturationem + zinci sulfurici 7,0 + cupri sulfur. 2,0; filtra). Impetigo paliestos vietos sušlapinamos 1—2 kartu dienoje. Galima dėti ir kompresai, bet tada Alibour'o vanduo reikia atmiešti 3—4 kartus virintu vandeniu. Neblogai veikia taip pat 0,5% sublimato spiritinis skiedinys, tačiau erzina odą daugiau už Alibour'o vandenį.

Dabar turiu įnešti korektūrą į alavo nozologiją, kurią esu pranešęs š. m. „Medicinos" 6-me numeryje. Tada savo formulės (stanni oxydati 12,0 + ol. olivar. 60,0) rekomendavau švirkšti į regionis glutaae poodį ar, dar geriau, ten pat į raumenis, kasdien po vieną kub. cm. Šiandien esu patyręs, kad suaugusiam vidutinio svorio vyrui užtenka 0,6 iki 0,8 ccm. vartojant kasdien. Dar labiau sumažinus dozę rezultatai gaunami menkesni.

Acne reikia gydyti kiek ilgiau — 12 – 14 švirkštimų vienodai dozuojant. Bet čia, deja, neturiu daug patyrimo, kadangi turėjau vos 2 acne's atsitikimu, kurie, tiesa, pagijo, bet pasišalinus iš mano orbitos, nežinau, ar neatkrito, kaip tatai dažnai būna.

Referat.

Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Furunkulose.

Der Autor hat schon etwa 40 Furunkulosefälle mit Zinn behandelt (siehe „Medicina" 1928, Nr. 6) und sah, dasz es die beste Behandlungsmethode ist. Obwohl das Zinn sonst auch keine Desinfektionswirkung zeigt, kann diese Eigenschaft im lebenden Organismus sich dennoch vielleicht entfalten

(analog dem Bismut). Eine Reizwirkung des Zinns wird vom Autor ausgeschlossen. Während der Behandlung mit Zinn der ausgedehnten, disseminierten Furunkulose ist es in einigen Fällen zur Impetigo staphylogenes gekommen, die der Zinntherapie nur sehr schwer und langsam weicht. Einem Mann von mittlerem Körpergewicht genügen täglich 0,6—0,8 Stanni oxydati (früher injizierte der Autor 1,0) innerhalb 7—9 Tagen. Zur Behandlung einer Acne genügen 12—14 Injektionen.

Referatai.

I. VIDAUS LIGOS.

25. Д р З а й ц е в. ХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ. („Успехи современной медицины“ 1928.

Lipoidai, cholesterinas ir lecitinas esą antogonistai viens kitam. Cholesterinas veikia antihemolitiškai, lecitinas — hemolitiškai. Cholesterinas padidina erytrocitų rezistentiškumą, lecitinas jį mažina. Chol. paskubina erytrocitų nusėdimą, lecitinas jį sulėtina. Cholesterinas susilpnina baktericidinį ir parazitinį hemotoksinų veikimą, o lecitinas jį stiprina. Cholesterinas — n. sympaticus, lecitinas — n. vagus.

Organizme cholesterinas yra laisvas ir esterių (sudėtinių esterių) pavidalu. Kraujo plazmoje cholesterinas būna abiem tomis formomis. Kraujo rutulėliai teturi tik laisvą cholesteriną. Normaliai suaugusieji kraujuje cholesterino turi apie 0,14 — 0,18%, o kūdikiai — 0,045 — 0,047%. Cholesterinas, patenkąs į organizmą su maistu, mažai keičia šituos davinius.

Apie cholesterino susidarymą ir keitimąsi organizme kol kas nieko tikra nenustatyta. Spėjama, kad būna ekzogeninis ir endogeninis cholesterinas. Ekzogeninis chol. susidaro iš maisto, o endogeninis įvairiais kitais būdais: čia tulžies epitelis secernuoja, čia blužnis produkuoja, ar čia griūvantieji narveliai jį išskiria. Iš organizmo cholesterinas išskiriamas svarbiausia kepenų ir iš dalies inkstų, žarnų ir pro odą. Cholesterino padaugėjimas ar pamažėjimas organizme ligose pareina ar nuo neatitinkamos syntezės ar nuo iškrypusios retencijos.

Hypercholesterinėmija randama leukėmijose, lymfogranulomatozėj, aleukėmijose, piktybinėj ir antrinėj anėmijose, jei kartu būna ir kraujaplūdžių, trombopenijoj ir hemofilijoj. Taip pat cholesterinėmija būna dar šiose ligose; diabetes mellitus, nephritis chronica, arteriosclerosis, daugelis kepenų ligų, lues ir kitos infekcinės ligos. Hypocholesterinėmija randama tuberkuliozėj ir anėmijose, sukeltose vėžio, sepsio ir tuberkuliozės toksinų.

Hypercholesterinėmija aiškinama kepenų filtracijos sumažėjimu.

Gyd. Ambraziejūtė - Steponaitienė.

26. Fr. F r i e d r i c h s e n. — **Die Salabrose und ihre Verwendug beim Diabets.** (Salabrozės vartojimas diabetes mellitus gydyti). („D. m. W.“ 1928, Nr. 31).

Autorius, Neienaro gydytojas, primindamas praktiškus keblumus begydant dijabetą insulinu, kurio reikšmė yra neabejotina, kreipia dėmesį į salabrozę*), kuri, jo nuomone, esant labai naudinga dijabetikui. Salabrozė yra be skonio, tirpstą vandenyje milteliai, nesikeičią virinant, duodą 4,3 kalor. (kaip maždaug angliavandeniai), nesaldūs ir neduodą Nylander'io ir Trommer'io reakcijų.

---

*) „Salabrose“ gaminama firmos Grenzach (Vokietijoje) glykozę polymerizuojant ir chemiškai yra glykozanas (žiūr. irgi N o t h m a n n'o straipsnį „D. m. W.“ 1925, Nr. 40). R e f.

Autorius labai patenkintas salabroze, kurią jisai duoda ligoniui šalia Neienaro mineralinio vandens ir dijetos. Dozavimas: pirmomis 3 dienomis po 50 gr. pro die ir vėliau per keletą savaičių po 75—100 gr. pro die, 4—5 kartus dienoje. Vaistas ligonių gerai pakeliamas, ypačiai duodamas kavoje ar grietinėje. Glykosuria del salabrozės niekuomet nedidėjanti. Kadangi salabrozės šlapime nerandama, tai autorius sprendžia, kad ji organizme sudeganti ir del to esanti šildytoja (kalorijas išleidžianti), Pavartojus ją 4—8 dienas, ketonurija išnykstanti, bendra ligonio sveikata gerėjanti ir svoris didėjąs. Dozės iki 75 gr. pro die jokių pašalinių reiškinių neduodavusios; davus 100 gr. kartais įvykdavęs viduriavimas, taigi jautresniems ligoniams reikia didelių dozių vengti. Kraujo cukraus kiekį salabrozė mažai veikianti, bet sutaupanti organizmui baltymus, ką rodo NH_3 sumažėjimas šlapime. Salabrozė, pasak autoriaus, būtinai indikuotina visais vidutiniais ir sunkiais dijabeto atsitikimais, ypačiai ligoniui suliesėjus.

„Salabrose" vis delto jokiu būdu nepavaduojanti insulino tenai, kur pastarasis yra indikuotinas, bet stiprinanti ir papildanti jo veikimą.

Salabrozės gerą veikimą autorius aiškina šitaip:

Dijabetikas nesugebąs glykozės molekulę pakeisti, nesugebąs padaryti iš jos glykogeną, nepakeitęs pirma glykogeno anhydridu. Del to glykozė cirkuliuojanti nesunaudota ir išskiriama šlapime. Salabrozės pavidalu gi mes suteikiame organizmui jau gatavą, paruoštą glykogeno anhydridą, kurį ir dijabetikas jau sugebąs pervesti į glykogeną. Glykogenas vėliau sudegąs į CO_2 ir H_2O, analogiškai kaip alkoholis gerai suvartojamas dijabetikų, ir išleidžiąs kalorijas. Kadangi salabrozė sudeganti dijabetiko organizme kaip angliavandenis, baltymas irgi darąsis normalesnis, del to ir ketonurija išnykstanti. Salabrozė tuo būdu esanti ir antiacidotinė substancija.

Salabrozė, suteikdama organizmui daug kalorijų ir didindama jo jėgas, stiprinanti ir tausojanti salelių (insulae) organą. Del to salabrozės įtaka jaučiama net ligoniui nustojus ją vartoti: salelės suspėjančios, taip tariant, tuo laiku atsigauti.

Taigi, pasak autoriaus, „salabrose", nors insulino nepavaduojanti, bet esanti brangus vaistas dijabetui gydyti. *Dr. G. Joffė.*

II. VAIKŲ LIGOS.

28. Prof. U. Friedmann. (Berlin). — **Ergebnisse der Scharlachforschung (nach den Verhandlungen des Königsberger Scharlachkongresses).** (Skarlatinos tyrinėjimo išdavos — pagal pranešimus skarlatininiame kongrese Karaliaučiuj) („D. med. Woch." 1928, Nr. 30).

Nors G. ir H. Dick'ams (Amerikoj) pavyko gerokai pagrįsti skarlatinos etiologiją, susekus skarlatininį hemolizinį streptokokką ir pagaminus jo pagelba visų pripažintą veiklų serumą, tačiau yra dar autorių, kurie mano, kad hemolizinis streptokokkas nėsąs vienintėlis skarlatinos sukėlėjas. Puiki mintis kilo prof. Bürgers'ui sušaukti šituo klausimu tarptautinį kongresą Karaliaučiuje. Autorius trumpai ir kritiškai nagrinėja svarbiausias mintis, pareikštas įvairių šalių tyrėjų skarlatinos klausimu.

Beveik be išimties visi kongreso dalyviai pabrėžė puikiausią terapišką veikimą gydomojo skarlatinos serumo, gaunamo immunizuojant arklį skarlatinos streptokokkais ir jų toksinais. Tačiau dauguma autorių nurodė, kad serumas neapsaugoja nuo sepsinių komplikacijų. Daugiau optimizmo parodė Deicher'is, pranešęs, kad 455-iais laiku pradėtais gydyti serumu skarlatinos atsitikimais jis neturėjęs nė vienos sepsinės komplikacijos, o tuo tarpu daugelis negydytų serumu, net lengvų skarlatinos atsitikimų, blogai pasibaigę nuo komplikacijų. Fritz Meyer'is (Berlin) pranešė,

kad immunizuodamas arklius parcialiniais toksinais, pagaliau gavęs serumą, kurs veikiąs ir komplikacijas (jo pranešimas žada greitu laiku pasirodyti „D. med. Wbch.“ ir bus mūsų referuotas. Ref.).

Labai suįdomino auditoriją prof. Ivašencov'o (Leningrad) pranešimas apie tai, kad būk, suleidus tik kelis kub. cm. serumo į liumbalinį kanalą, gaunamas toks pat terapiškas efektas, kaip nuo 100—200 ccm., suleistų į raumenis. Minėtas rusų klinikininkas išveda, kad visi toksiški skarlatinos simptomai (ir pati exanthema) esą centrinės nervinės kilmės.

Nepaprastos svarbos turėję rusų tyrėjų (Koršun'o — Maskvoj, Stutcer'o — Rostove, Zlatogorov'o — Charkove) pranešimai apie sėkmingą aktyvų immunizavimą prieš skarlatiną. Rusai varo darbą labai plačiu mastu. Koršun'as per 3 metus immunizavęs Maskvoj 62.000 vaikų, vartodamas čia formalizuotą streptokokkų vakciną, čia kombinuotą streptokokkų ir jų toksinų vakciną, čia gryną toksiną (atskiestą). Geriausių vaisių gavęs nuo toksino. Padarius 4—5 toksino injekcijas, mirtingumas skiepytų nuo skarlatinos sumažėja, palyginti su neskiepytais vaikais, 34 kartus. Juo dažniau daromos injekcijos, juo geresnės immunizavimo sėkmės. Kiti autoriai pranešė taip pat gerus panašaus apsaugojimo rezultatus.

Belonowsky's pareiškė, kad vartodamas vietiniu būdu skarlatininį virusą (spray'uodamas ryklės vidų), taip pat pasiekdavęs aktyvaus immuniteto.

Buvo debatuojamas Friedmann'o ir Deicher'io pasiūlymas bakteriologiškos skarlatinos profilaktikos, tyrinėjant rekonvalescentus hemoliziniam streptokokkui susekti. Friedmann'as pranešė, kad iki šiol nei vienas rekonvalescentas, sugrįžęs namon, neapkrėtė kitų, jei 3 iš eilės tyrinėjimai nesusekdavo pas jį gerklėj hemol. streptokokkų. Tatai patvirtino savo stebėjimais Seligmann'as, Gentzen'as ir Aschenheim'as. Bakteriologiškos kontrolės svarbą pripažino ir rusas Koršun'as: iš 31 bakteriologiškai kontroliuotų rekonvalescentų, atleistų namon su negatyviais radiniais, nei vienas kitų neapkrėtė, o iš 17, atleistų su streptokokkais, 3 apkrėtė kitus. Prieš bakteriol. kontrolę pasisakė tik Zlatogorov'as (Charkove) ir Elkeles (Charlottenburg).

Visi taip pat sutiko su neabejotinu sąryšiu skarlatinos patogenėzės ir streptococc. haemolyticus. Visi laikė įrodyta, kad t°, išbėrimas, cirkuliacijos sutrikimas ūmioj ligos stadijoj yra streptokokko padariniai. Friedemann'as pranešė apie bandymus, įrodančius streptokokko vaidmenį skarlatininio nefrito kilmėj. Nefritas pasirodo trečioj ligos savaitėj, kai atsiranda priešbakteriniai antikūnai, kurie reaguoja su užsilikusiais kūne nuo ūmios stadijos streptokokkais sudarydami endotoksinus. Bendrai su Deicher'iu ir Lily Abraham jam pavyko įrodyti su gyvuliais, kad jau 3-čioj ligos savaitėj nefritikų kraujuje galima surasti priešbakterinių antikūnų, tuo tarpu kitų sveikstančių kraujuje jie surandami tokio pat stiprumo tik pabaigoj 6-os ligos savaitės.

Daugiausia nesutikimo būta skarlatininių streptokokų diferencijos klausimu. Schoffmüller'is visiškai laikosi Dick'ų pažiūros: skarl. streptokokkai turį tą skirtingą savybę, kad jie gamina specifišką odos toksiną, nuo kurio pareina ir odos exanthema ir Dicktestus (parodąs palinkimą skarlatinai). Kiti su tuo nenorėjo sutikti, nurodydami į nepavykusius iki šiol mėginimus atskirti serologišku būdu skarlat. streptokokkus nuo kitų streptokokkų ir įvairias jų generacijas tarp savęs. Friedemann'as susekė, kad toksinus duoda ne vieni skarlat. streptokokkai (tatai nėsąs jų skirtingumas). Toksinų gamyba pareinanti nuo streptokokkų buities sąlygų. Augant streptokokkams vidaus organuose, toji savybė, matyti, dingstanti. Streptokokkai gali tik tuomet sukelti skarlatiną, kai jie esti toksinų gamybos stadijoj. Tokiu tad būdu skarlatininių streptokokkų specifiškumo klausimas iki šiol dar negali būti laikomas galutinai išspręstu. Iš kitos pusės, Stutcer'is (Rostove) pranešė, kad jam pavykdavę tikrai atskirti skarlat.

streptokokkas nuo kitų pūlingų streptokokkų auginant streptokokkus ant balandžių kraujo - agaro medžiagos S a v t č e n k o's metode.

Ginčytasi del D i c k'o - testo specifiškumo, kaipo skarl. toksino padarinio. Pagaliau, K l e i n s c h m i d t'as (Hamburge) kritikuodamas reziumavo, kad griežtos mokslo apie immunitetą taisyklės negali būti tiksliai pritaikintos D i c k'o reakcijai ir čia jos turėtų būti kiek panaujintos: streptokokkų kultūrų filtratai, kuriais padaroma D i c k'o reakcija, turi savyje įvairiausių medžiagų mišinį; jos reiktų išanalizuoti.

Buvo priminta dar anafilaksinė skarlatinos teorija (šalininkai v. S z o n t a g h'as, S e l m a M e y e r), pagal kurią skarlatina esanti tik alerginė organizmo reakcija streptokokkams. Smarkiai kritikavo F r i e d e m a n n'as. Eozinofilija, kuria remiasi teorijos šalininkai, pasitaiko ir anafilaksiniame šoke; tatai yra autonomiškosios nervų sistemos sujaudinimo simptomas. Tačiau nėra teisinga apversti faktas atvirkščiai ir iš eozinofilijos spręsti apie anafilaksišką proceso pobūdį. Toliau, pagal anafilaksijos teoriją palinkimas skarlatinai turėtų didėti žmogui senstant, o matome visai priešinga. Pagaliau, sunku suderinti gaunamas po skarlatinos immunitetas su anafilaksijos pagrindais: atvirkščiai, persirgimas turėtų sensibilizuoti.

Neigiamo D i c k'o - testo visiškas paralelizmas su immunitetu prieš skarlatiną buvo ginčijamas, ir, tiesa, tatai nėsanti aksioma. Tačiau paaiškėjo, kad vartojant pakankamai stiprų, apvalytą nuo nereikalingų proteinų toksiną, to paralelizmo tikslumas esąs pakankamas.

Kodel iki šiol nenorima galutinai pripažinti haemol. streptokokko skarlatinos sukėlėju, jei tam turima daugybė įrodymų (veikimas serumo, profilakt. sėkmingi skiepymai, išeinąs S c h u l z - C h a r l t o n'o fenomenas su serumu, pripažinimas streptokokko vaidmens visuose skarlatinos prajovuose, pagaliau, apkrėtimas žmogaus tikriausia skarlatina grynos skarl. streptokokkų kultūros pagelba, taisyklingas pasirodymas fiksuojančių komplementą prieštreptokokinių antikūnų ir kita)? Juk, kaip pasakė B o r m a n n'as (Rygoj), turime daug pripažintų kitų ligų sukėlėjų, kuriems rasime kur kas mažiau įrodymų! Mat, streptokokkas randamas ir kitose neapkrečiamose ligose — čia ir priežastis nepasitikėjimo susekta etiologija. Iš tikrųjų, tiesiog nesuprantama, kaip toks plačiai pasklydęs ir priprastas mikrobas kartais staiga įgyja skarlatininių, kontagiškų savybių? Tatai išaiškinus gal jau pakaktų ir ieškojus. O tuo tarpu dar vis ieškomi kiti įsivaizdinami sukėlėjai.

Z l a t o g o r o v'as ir kiti ieško a k t i v a t o r i a u s. Jisai būk susekęs filtruojamą virusą, kuriuo esą galima apkrėsti gyvuliai panašia į skarlatiną liga. M a n d e l b a u m'as mano turįs suradęs skarlatinos bacilą, panašia į difterinę, tam tikru būdu išaugīnamą. Savarankiškai ir bacila negalinti sukelti ligos, ji tik aktivuojanti streptokokką. M a n d e l b a u m'as daro keistoką išvadą, būk skarlatina esanti apkrečiama tik pačioj pradžioj ir praėjus visiems liguistiems reiškiniams (?? R e f.). Sunku tik suprasti, kodėl M a n d e l b a u m'ui vis tik nepavyko apkrėsti žmogaus gryna surastų bacilų kultūra, o tatai, kiek žinome, yra tikrai pavykę su skarlatinos streptokokkais? Autorius susituri galutinai pasmerkti Z l a t o g o r o v'o ir M a n d e l b a u m'o išradimus — reikia dar tyrinėti. Tik vargu jie ištūrės tokią kritika, kokią išturėjo jau 4 metus amerikiečių išradimai. Autorius klausia bendrai, ar yra logingas postulatas, kad greta streptokokko turįs būti dar kitas skarlatinos sukėlėjas? Staigių biologiškų streptokokko savybių pakitimas, tiesa, dar neišaiškintas. Bet tokių pat neaiškumų turime ir kitur apkrečiamose ligose. Ir polimyelito ir epidem. cerebrospinalinio meningito sukėlėjai gali ilgai tūnoti nekenkdami organizmui (saprofitų pavidalu) žmogaus gleivinėse, bet staiga virsti pavojingiausiais epidemijų mikrobais. Iki šiol dar niekas čia nebuvo pareiškęs nuomonės apie bet kurį aktivatorių. Ligos sukėlėju vadiname tokį mikroorganizmą, kurio veikimas sukelia charakteringą tos ligos syndromą. Jei skarlatininis virusas

būtų tikrai kompleksinis virusas Sahli prasme, tuomet prisidedančioms bakterijoms tektų ne etiologiškoji reikšmė, bet tik sąlyginė (konditionale Bedeutung). *Dr. A. Matulevičius.*

P. S. Laikraštijoj užanonsuotos rusų gydytojos Černov'os pranešimo apie būk, pagaliau, tikrai susektą skarlatinos sukėlėją visiškai neminima. Spėju, kad tokio pranešimo kongrese nebūta. Gal tatai buvusi nerimta žinutė. *Ref.*

III. CHIRURGIJA.

13. Lurz, L. — **Studien am Ureter. Ein Beitrag zur konservativen Uretersteinbehandlung.** („Deut. Zeit. f. Chir." Bd. 211, H. 1/3, 1928).

Autorius eksperimentais patikrino ureterių būklę, pavartodamas įvairias priemones, turinčias sukelti jų atoniją.

Nuo lumbalinės anėstezijos ureterių veikimas nepakinta: šlapimo srovės projekcija ir dažnumas palieka tie patys, kaip ir be lumbalinės anėstezijos. Patikrinta su 18 pacijentų; su gyvuliais šitie eksperimentai nedaryti. Paravertebralinė anėstezija ureterių neveikia: atonijos nesukelia, spontaniškos ureterių kontrakcijos palieka tokios pačios, kaip ir prieš anėsteziją. Taip pat ir nuo vietinio erzinimo kontrakcijos nesumažėja. Patikrinta eksperimentais su šunimis.

Nuo splanchnicus'o anėstezijos (injekavus per laparatomiam šunims aukščiau skrandžio, priešais stuburo, 20—25 kb. c. 2% novokaino tirpinio), taip pat kaip ir nuo paravertebralinės anėstezijos, nematęs ureterių veikime jokių pakitimų.

Autorius ankstyvesniais savo tyrimais yra įrodęs, kad, švirkščiant novokaino į inksto stiebą ir šale ureterio, gaunama ureterio atonija. Jisai mano, kad pastaroji pareina nuo to, kad paralizuojami nervai, ir ateiną į ureterį ir esą pačioj ureterio sienoj (ganglii). Dabartiniais eksperimentais jisai nori parodyti, kaip paveiks ureterį anėstetikumo suleidimas į jo spindį pro ureterinį katerį.

Psikain'o veikimas buvo išmėgintas bandymais su 14 šunų. Suleidus palengva pro kateterį (cystoskopija) į ureterį 40 kb. c. 0,5% psikain'o tirpinio, niekada nepastebėta ureterio atonijos; nuo vietinio erzinimo, taip pat spontaniškos ureterio kontrakcijos nepranykdavusios.

Išbandžius ant 8 šunų Braash'o, Moore's, Walther'o ir Menitt'o pasiūlytą būdą ureterių akmenims pašalinti suleidžiant į ureterį papaverino, pasirodė štai kas: suleidus pro ureterinį kateterį į ureterį 5 kb. c. 4,0:100,0 papaverino tirpinio, po 6—8 min. buvo pastebima aiški ureterio atonija; davus gi papaverino per os ar suleidus po oda, tokio laipsnio atonijos negaunama.

Pasiremdamas šitokiomis eksperimentų išdavomis, autorius siūlo panaudoti šitą papaverino savybę konservatiškai ureterio akmenų terapijai, jeigu rentgenogramoje konstatuotas akmenuko didumas gali jam leisti pro ureterį praeiti. Šitam tikslui pradžioj stengiamasi vaistais ir duodamu per os padidintu skysčių kiekiu sužadinti pacijentui padidėjusi diurezė. Tolimesnės priemonės šios: į ureterį įkišamas kateteris ir stengiamasi prastumti jis šalia akmenuko, paskiau suleidžiama 5—8 kb. c. 0,5% psikaino tirpinio, ureterio gleivinei anėstezuoti; po 5 min. suleidžiamas į ureterį steriliškas olivenöl, kad ureterio gleivinė ir akmenukas pasidarytų slidūs; po to jau leidžiama į ureterį 5 kb. c. 4,0:100,0 papaverino tirpinio, ir paprastai po 5 min. ureteris pasidaro visiškai atoniškas, ištižęs. Tada leidžiama į ureterį kuo daugiau kurio nors indiferentiško skystimo, kad ureterį išplėstų ir akmenuką išplautų. 80-čiai iš 94 pacijentų, t. y., 74%, tokiomis priemonėmis buvo akmenukai iš ureterių pašalinti.

Dr. V. Kanauka.

14. K a h n t, E. — **Zur Behandlung der Schweiszdrüsenabscesse.** („Deut. med. Woch." 1928, Nr. 34).

Autorius rekomenduoja prakaito liaukų abscesus gydyti kombinuojant incizijas su rentgenoterapija. Palaukiama, kol abscesai prinoks; tam pagreitinti, galima pavartoti šildantieji kompresai. Abscesams suminkštėjus, jie tuojau prapjaunami ir ištuštinami, o po to švitinami rentgeno spinduliais pro 5 mlm. filtrą pradžioje 20%, o po 4—5 dienų 65% H. E. D. dozę. Galima ir iš syk pavartoti 85% dozė. Sunkiais atsitikimais tenka daryti pakartotini abscesų prapjovimai.

Autorius gydęs tuo būdu 44 prakaito liaukų abscesų atsitikimus ir gaudavęs greitesnį ir pastovesnį pagijimą, negu kitais būdais gydant.

Dr. V. Kanauka.

IV. UROLOGIJA.

13. E. S c h w a r z (Rostok). — **Ueber eine seltene Form der Blasenruptur.** (Apie retai pasitaikančią pūslės plyšimo formą). („Z. f. Urol.", 1928, H. 4).

Pūslės pakenkimai esti dviejų rūšių: 1) perdūrus arba įplėšius pūslę dubens kaulų skeveldroms (dažniausiai os pubis); 2) pripildytos pūslės plyšimas nuo traumos. Antruoju atveju pūslė papratai plyšta viršūnėje (vertex) intraperitoniškai. Pirmasis plyšimas beveik visuomet esti ekstraperitoniškas.

Autorius turėjęs šitokį atsitikimą. 8 metų mergaitei automobilis suvažinėjo pilvuką. Atsirado skausmai deš. šlaunyje, o po kelių valandų pilvo viduje. Ligonė negalėjusi pati šlapintis. Praslinkus po traumos 8 val. atsirado vėmimas. Po 11 val. nuo traumos ligonė atgabenta klinikon. Čia surastas deš. šlaunies ir os. ischii dextri lūžimas, išsitempęs pilvas ir difūziškas skausmingumas. Įtartas pūslės sužalojimas dislokuotomis os. ischii et pubis skeveldromis. Operacija. Prieš operuojant, k a i p o i š į m t i s, padaryta kateterizacija: gauta keli ccm. kruvino skysčio. Ekstraperitonišku būdu atidaryta pūslė. Visa praevesic'inė narveliena pripildyta kraujo. Os. ischii fragmentas apsidengęs minkštais audiniais ir nėsąs plyšimo priežastis. Pūslė atplėšta aplink uretros žiotį, tik užpakalinėj sienelėj pasilikęs tiltelis. Čiupinėjant pūslę pro pasidariusį plyšį, surasta dar viena skylė, vedanti pilvo tuštyman. Atidarytas pilvo tuštymas. Išsausintas. Siūlės. Sunkokai susiuvamas cirkuliarinis kakliuko plyšimas, 2 drenu, 2 trundu. Jodoforminė marlė įdėta praevesic'inėn sritin. Kateteris à demeure. 10-tą dieną jis išimamas. Po 7 savaičių sanatio. Autorius aiškina kakliuko plyšimą tuo, kad šitoji sritis kompresijos metu lengviausiai sužalojama, kaipo mažiausiai paslanki ir fiksuota. Tačiau tatai galima tik pūslei esant prisipildžiusiai. Staiga susispaudžius pūslei (trauma) turinys ieško išeities ir pasidaro vienoj ar keliose vietose plyšimas. Esant tuščiai pūslei tokio plyšimo neįvyksta. Prieš operaciją neleistina kateterizuoti pūslė: 1) galima padaryti fausse route, be to, ir diagnozei tatai retai, kada padeda; 2) galima infekuoti. Kai turime užsiturėjusį šlapimą, galime tik punktuoti pūslę, kad ištuštintume pūslę, kas svarbu transportui. Literatūroje B r e n n e r'io aprašyti pūslės plyšimai ir netraumiškos kilmės, bet neva spontaniški, kurie įvyksta prisigėrus daug alkoholio arba alaus. Tad sunku laikyti autoriaus straipsnio pradžioje nurodomos pūslės plyšimo priežastys vienintelėmis. (Conf. „Wien. kl. Woch.", 1926, Nr. 12. Ref.).

Dr. T. Goldbergas.

14. J. Z o l l s c h a u (Ungaria). — **Primärsclerose in de männlichen Urethra".** (Pirminė sklerozė vyriškoje uretroje). („Z. f. Urol.", 1928, H. 6).

Pirminė uretros sklerozė labai retai pasitaiko. 28 metų gydytojas atvyko, kaipo pacijentas, sakydamas, kad yra pastebėjęs brūnos spalvos

uretros sekretą. Coitus prieš 4 dienas viešuose namuose. Ištyrus nerasta nieko įtartina, gal tik brūnos spalvos lašas, pasirodęs iš latako, ką autorius išaiškino padaryta profilaktiška injekcija 10% protargolio - glycerino, padaryta pacijento post coitum. Visų artimų liaukų ištyrimas irgi nieko nedavęs. Autorius jau anksčiau žinojo pacijentą, kaipo chron. gonorroiką. Po savaitės sekretas buvo vėl ištirtas mikroskopiškai, bet nieko nerasta. Pacijentas tuo laiku jau turėjęs skausmų kairiojoje regio inguinalis, kur buvo surasta vyšnios didumo liauka, skaudi ir nespaudžiant. Dabar frenuli praeputii srityj būta mažos edemos, bet jokio sužalojimo. Edema pamažu didėjusi. Pakartotas uretros liaukučių tyrimas nieko neparodęs. Autorius paleido pacijentą kelioms dienoms, patardamas dėti kompresus. 13-tą dieną edema konsolidavusi, atsirado lymphadenitis. Autorius pamanė apie tysonitą, nes edemos būta gl. Tysonii srityj. Status negerėjęs. Palpacija buvusi skaudi, ir autorius padarė uretroskopiją. Pastaroji buvusi sunki (Char. 22), nes orific. ext. buvęs siauras ir skausmingas; vis tik uretroskopija pasisekė in anaestesia locali. Daugiau kaip per 3 cm. įsigilinti neleido skausmai ir kraujaplūdis. Palikęs lašą kyboti orific. ext. krašte, autorius gavo serumą ir, praskiedęs pastarąjį vandeniu, „tamsiame lauke" mikroskopo pagalba pamatė daugybę spirocheta pallida. Vėliau sukietėjusios kirkšnų liaukos ir vaizdas pablogėjęs. Infekcija atsiradusi nuo buvusio prieš 14 dienų coitus'o.

Dr. T. Goldbergas.

15. W. Hankowski (Wien). — **Stryphnonpraeparat in d. Urologie.** (Stryphnon'as urologijoj). („Z. f. Ur.", 1928, H. 6).

Stryphnon'as — Phiag'o firmos preparatas, artimas suprareninui, kur kas mažiau žalingas ir ilgiau veikiąs. Vartojamas kraujui stabdyti. Parduodamas steriliško skystimo pavidalu ir tabletėmis. Preparatas labai gerai veikiąs kraujaplūdžius iš šlap. latako, pūslės, prostatos. Autorius plaudavęs pūslę 2‰ stryphnon'o tirpiniu, nes P. Albrecht'o (Vienos chirurgo) nurodoma koncentracija 1‰ nevisuomet pasiekdavusi tikslo. Stryphnon'as galima trumpai virinti, o ilgas virinimas nustelbia jo hemostazišką veikimą. Straipsnyje minimi pavyzdžiai, kai kraujas tiek plūdęs iš latako, prostatos, jog gresęs pavojus gyvybei. Kraujaplūdžio nesustabdę jokie kiti vaistai ir plovimai, tik stryphnon'o 2‰ tirpinys. Nurodoma technika ir preparato vartojimo būdai.

Dr. T. Goldbergas.

V. AKUŠERIJA IR GYNEKOLOGIJA.

22. J. Braude (Moskau). — **Zur klinischen Diagnose der Adnextuberkulose.** (Adneksų tuberkuliozės kliniško diagnozavimo klausimu). („Zbl. f. Geb. u. Gyn." 1928, Nr. 29).

Kliniškas vidujinių moterų genitalijų tbc. diagnozavimas yra vienas sunkiausių ir mažiausiai išaiškintų uždavinių gynekologijoj. Autorius atkreipė dėmesį štai į ką. Adneksų tuberkuliozėje „défense", kad ir būtų mažiausias, nepasitenkina vien tik apatine pilvo dalimi, bet esąs diffūziškas, visur vienodas ir neskausmingas net stipriau palpuojant. Kai tasai simptomas esąs nestipriai išreikštas, jisai būtų galima pavadinti „sub-défence". Sausose plastiškose tbc. formose, duodančiose suaugimų, kai visas peritoneum įtrauktas procesan, „défence" esanti reakcija į nuolatinį, kylantį iš vidaus jaudinimą ir todel ilgai tveriąs ir esti vienodas. Toks pilvo išsitempimas pasitaiko ir karcinominėj disseminacijoj. Diff. diagnozė sunki. Ilgainiui šitų simptomų patvarumas, gerėjant subjekt. ir objekt. ligos simptomams, kalba už tbc., bet ne už vėžį. Gana dažnai pasitaiko kartu peritoneum'o ir genitalijų tbc. Turėdami etiologišku atžvilgiu neaiškų adneksų susirgimą ir rasdami neskausmingą visur vienoda ir nuolatinį pilvo išsitempimą, neužmirškme tbc. *Dr. T. Goldbergas.*

23. H. Bultemann (Halle).—**Insulin bei Uterusblutungen.** (Insulinas gimtuvės kraujaplūdžiuose). („Zbl. f. G. u. G.", 1928, Nr. 29).

Smulkus metodikos aprašymas. Gydymui tinka tik juveniliški kraujaplūdžiai. Menstruojant reikia liautis daryti injekcijas. Klimakso kraujaplūdžiai laikinai pagerėja. Infliamaciniai nereaguoja insulinui. Po kiekvienos injekcijos ligonei būtinai duoda išgerti 40 gr. cukrinės pudros stiklinėje vandens su citrinos sunka (hypoglykėmijos pavojus). Gydymo ciklas buvęs toks: 2 kartu dienoje po 25 I. E. (Kalbaum) į raumenis ir po kiekvienos injekcijos minėtas kiekis cukraus. Kitą dieną 2×30 I. E.; toliau 2×40 I. E. iki 2×50 I. E. ir atgal mažinant dozę iki 2×30 I. E. Tuo būdu per 7 dienas padaromas visas gydymo ciklas. Prireikus po kurio laiko ciklas pakartojamas. Visi juveniliški kraujaplūdžiai reaguoja be išimties iš karto ir rezultatai esti patvarūs. Originale įdėta, kaipo pavyzdys, viena ligos istorija. Ovariniuose ir infliamac. kilmės kraujaplūdžiuose kiti autoriai pataria vartoti autohemoteripiją: kelis kartus dienoje leisti po 3 ccm. kraujo į veną. Dar kiti pataria švirkšti į veną euphyllin'o arba duoti per os ureae po 100 gr. pro die (palyg. mano ref. „Medic." 1927 m., Nr. 8).

Dr. T. Goldbergas.

VI. ODOS IR VEN. LIGOS.

38. Dr. Norb. Türk. — **Zur Kenntnis der Fox - Fordyceschen Krankheit beim männlichen Geschlecht** („Derm. Woch." 1927, Nr. 10).

Autorius aprašo susirgimą štai su kokiais simptomais: 23 metų vyras, nesirgęs jokiomis ligomis, jei neskaitysime nervingumo; tėvai sveiki. Prieš dvejus metus turėjęs niežtėjimą iš pradžių pažastyse, vėliau krūčių ribose. Niežtėjimo intensyvumas vis augęs; galop jis tiek kamuoja, kad del jo tenka net praleisti naktis be miego. Susirgusioj kūno dalyj ligonis pastebėjęs padidėjusį prakaitavimą, kurs vėliau vėl sumažėjęs. Ligonio nervingumas laikui bėgant didėja; ligoniui atsiranda visiška impotentia coeundi; pažastyse ir krūčių spenelių aplinkoj išsivysto maži neskausmingi pakilimai Gydymas įvairiais tepalais ir rentgeno spinduliais negelbsti.

Ištyrus ligonio vidaus organus, rasta viskas tvarkoj; rastas dermografizmas, padidėję sausgyslių refleksai (schneureflex), ištiestų rankų drebėjimas, taip pat dreba iškištas liežuvis ir uždengti vokai. Papillos reaguoja normaliai. Šlapime, be cukraus, dar rastas baltymas. WaR ir tuberkulino reakcija negatyvi Oda bendrai turi kiek tamsoką koloritą, šiaip gi išskyrus pavienes ant krūtinės acne pustulkas, normalios išvaizdos; bet abi pažastys ir krūčių ribos stipriai pigmentuotos, sausesnės negu aplinkui ir turi pakitimų, apie kuriuos toliau. Abiejų pažasčių oda padengta daugybės mažų pakilimų, kurie atitinka mazgelių išbėrimus. Pavieniai išbėrimai atrodo kaip kamuolėlis, kurs turi 1-2 mm. diametre; jie ryškiai nuo vienas kito atskirti, juos dengia normali oda; jų dauguma savo viršūnėje turi, panašų į mažytį žvynelį, raginį gyluką (Schüppchenartigen Hornstachel). Jie išskirstyti panašiai į perlinį šniūrelį. Pakėlus ranką kalbami mazgeliai matomi vertikalėmis juostomis. Panašūs pakitėjimai yra ir krūčių ribose, tiktai atskiri pakitėjimai čia didesni, ryškiau differencijuoti ir stipriau pigmentuoti. Autoriaus aprašomas ligonis esąs vyras, o toksai iki šio laiko įregistruotas tik 1 (Fox'o atsitikimas 1902 m.).

Dr. Juškys.

39. R. Strempel. — **Ueber Kombinationsbehandlung des Lupus vulgaris.** („Derm. Zeitschr." B 50. H 1)

Nupasakojami gydymo būdai, kurie vartojami odos ligų klinikoj Bonnoje. Panašiai į vidaus organų tuberkulio ės gydymą lupus vulgaris gydyme skiriama didelės reikšmės bendram organizmo būklės pakėlimui — reikia kreipti dėmesio į apetitą, į bendrą organizmo būklę, į svorį. Atsargiai vartojamas gydymas tuberkulinu Ponndorf'o skiepymų pavidalu Patariamas ectebin'as, ypač kombinuojant su šviesos ir aukso gydymu.

Iš aukso preparatų mėgiamas aurophos; pradedama mažomis dozėmis (1 mg., dauginant iki 5 mg.) kas 2-3 dienos; vėliau vartojamos didesnės dozės (0,01, 0,02, 0,05); ilgesniais laikotarpiais iki 0,1 — 0,3 gr. atsidėjus kontroliuojant šlapimą.

Atitinkamais atsitikimais vartojamos chirurgiškos priemonės (ekstirpacija, plastika). Toliau seka deginimas nesveikų židinių chemišku būdu (pyrogallo, lecutyl-ir kupferdermason tepalas). Pastaruoju metu kalbamam tikslui vartojamos valgomosios druskos ir chloramino košelė ir pyotropin'as. Storos plutos ir žvynai minkštinami su salicylo tepalu.

Lupozinei vietai atidaryti, pirmenybė duodama šaltajai kaustikai (Kalt-kaustik). Nedideli židiniai koaguliuojami iki dugno (anestezavus), o vėliau išdeginama su 10% pyrogallo tepalu (kontroliuoti šlapimas!). Kai jau manoma, kad ganėtinai išdeginta, einama prie 2% pyrogallo tepalo, ir toliau iki 1/2, 1/4 iki 1/10 % — visur užsidengia lygi oda. Kaipo „Nachbehandlung", galima vartoti boro tepalas, pellidol'io tepalas, granugenpasta; prieš vartojant šituos tepalus, reikia nuvalyti žaizdos su tvarčiais iš salicylo (1‰), resorcino (1%), vandens ar 1% sublimato skiediniai. Nachbehandlung baigiamas švitinant vietoje su kvarco lempa, arba, dar geriau, su Finsen-Reyn lempa. Kosmetiškai gaunama gerų rezultatų, jei vietoje švitinti be lupus'o židinių deginimo.

Pastaruoju metu pyotropinas vartojamas rečiau (blogesnės kosmetiškos pasėkos, skausmingumas). Pyotropinas gerai veikia gleivinių lupus'ą. Čia taip pat vartojamas ac. lacticum ar stiprus jodo skiedinys (Rp. Jodi puri 1,0, Kali jodati 2,0, Aqu. destillat. 2,0). Židiniams arti akies ar ant ausų vartojama: Rp. Pyrogallus, Resorcini albi $\overline{\overline{aa}}$ 5,0, Talci veneti, Gelanth. $\overline{\overline{aa}}$ 7,0. *Dr. Juškys.*

40 A. Simon. — **Ueber Mäusefavus.** („Derm. Zeitschr." B. 50, H. 1).

Tai retas susirgimas. Jis dažniau pasitaiko Hamburge, Berlyne, o taip pat kitur Vokietijoj ir kitose šalyse sporadiškai ir endemiškai. Ligos sužadintojas — achorion quinckeanum. Vieną tokį atsitikimą aprašo ir A. Simon'as. Buvo susirgęs 12 metų vaikas, kurs mėgdavęs medžioti peles ir žiurkes. Ant jo kaklo, žemiau kairiojo žandikaulio kampo, stebimas ryškiai aprėžtas, ovalus, maždaug 2 markių dydžio židinys. Kelių milimetrų siauras lankelis kiek pakilęs, tamsiai raudonas ir turi mažų gelsvų šerpetų. Centras įdubęs; čia yra keturi tipiški šviesiai geltoni scutula su įdubimu; šale maži pilkai geltoni šerpetai. Centro vidury lęšiuko dydžio stipriai raudona, eroduota vieta. Mikroskopiškai — micelis ir sporos. Kultūra — achorion quinckeanum. Gydymas — kas 2 diena tr. jodi, šiaip tvartis ir salicylo-sieros tepalas (2 ir 10%). *Dr. Juškys*

41. Dr. E. Radnai. — **Primäre Hauttuberkulose mit metastatischen, periphlebistischen Herden.** („Derm. Woch." 1927, Nr. 14).

Aprašomas atsitikimas, kur kaimietė pacijentė, matyti, apsikrėtusi ekzogenišku keliu, turi ant kairiosios rankos tuberkulosis verrucosa cutis. Iš šito židinio, autoriaus nuomone, matyti, hematogenišku keliu, ant galūnių atsiradę antriniai židiniai. Eksciduotame židinio gabale histologiškai nustatyta tipiška tuberkuloidiška struktūra. Vienoj subcutis venoj rastas trombophlebitis. Paimtame iš esančio aplink veną mazgelio centre narvelių branduoliai nusidažo silpniau (preparatai dažyti alaunkarminu ir Weigert'o resocin - fuchsin'u). *Dr. Juškys.*

VII. AUSŲ, NOSIES IR GERKLĖS LIGOS.

9. Dr. Josef Spira. — **Ueber Kehlkopfpapillome und deren Behandlung.** („Monatsschrift Ohrenheilkunde u. Laryngo — Rhinologie". 62 Jahrg., 4 Nr.).

Visi vartojami šiuo metu chirurginiai metodai papilomoms pašalinti ne visiškai pasiekia savo tikslą: jų dauguma turi palin-

kimą recidivuoti, pakartotinės gi operacijos neigiamai atsiliepia į balsą. Francūzų autoriai (Lemaitre ir kt.) pirmi pasiūlė gydyti papilomas Rentgeno spinduliais, kas, patikrinus, pasirodė, duoda labai gerų rezultatų. Dažnai užtenka kelių seansų, pastoviam ir galutinam papilomų išnykimui pasiekti net ir tokiais atsitikimais, kai kiti metodai nebuvo davę rezultatų. Jeigu atsižvelgsime į tai, kad siūlomas metodas nėra pavojingas, kad jis neskausmingas, kad net mažiems vaikams, kuriems dažniausiai ir pasitaiko papilomos, jis lengvai pritaikomas, reikia prieiti išvada, kad būtų didelė klaida nepavartoti Rentgeno spindulių recidivuojančioms papilo-

Dr. J. Žilinskas.

10. Dr. Karl Bernfeld. — **Umschau über einige neue Behandlungsmethoden der chronischen Otorrhoe auf Grund klinischer Beobachtung.** („Monatschrift f. Ohrenheilkunde u. Lar-Rhinologie“ 627 Jahrg., 3 H.).

Vienas iš nedėkingiausių uždavinių yra chroniškų pūlingų otitų gydymas, užtat kiekvienas naujai pasiūlytas gydymo būdas visuomet sukelia susidomėjimą. Patikrinę patartus paskutiniu metu naujus gydymo būdus, prieiname išvadą, kad kai kurie iš jų tam tikroj otitų rūšyj duoda gan gerų rezultatų. Schönemann'as pasiūlė gydyti įpūtimais į vidurinę ausį pro Eustachijaus vamzdį vioformo ir xeroformo miltelių. Šitas gydymo būdas duoda gan gerų rezultatų, kai turime platų Eustachijaus vamzdelį ir būbnelio tuštymas nėra užkimštas polypais ar granuliacijomis. Jeigu perforacija labai didelė, sekretas dvokiąs ir gausingas, tai gerai veikia Calot'o skiedinys (gvajakolio, kreozoto ir jodoformo mišinys etere ir aliejui), lašinamas į ausį. Jis ne tiktai sustabdo pūliavimą ir panaikina dvokimą, bet kartais ir cholesteatomą pagydo. Dar Mečnikov'o pasiūlyta bacilli bulgarici kultūra piene vidurių susirgimams gydyti bandoma pritaikinti otitų terapijoj. Minėtos pieno kultūros lašinamos į ausį kas antra diena; geri rezultatai gaunami ypatingai mažiems vaikams kai turime reikalą su didele sekrecija mažai perforacijai esant. Praktikui gydytojui šitas metodas mažai prieinamas del atitinkamos kultūros stokos. Kiti naujai pasiūlyti gydymo būdai, jų tarpe seroterapija, teigiamų rezul-

Dr. S. Žilinskas.

X. RADIJOLOGIJA.

7. Kaser-Petersen. (Jena Tuberkulosefürsorgestelle). — **„Lungenspitzenkatarrh“ oder „Frühinfiltrat“.** („Plaučių viršūnių kataras“ ar „ankstybinis infiltratas“). („M. m. W.“ 1928, Nr. 7).

Autorius nurodo, jog sena klinicistų nuomonė del apico-caudalinio tbc. plėtimosi plaučiuose yra nepamatuota. Tokie atsitikimai esą labai reti. Jis tarpe 134 atsitikimų apico-caudalinį tbc. plėtimąsi matęs tik vieną kartą. Nepalyginti dažniau galima esą atrasti vadinamasis ankstybinis infiltratas (Frühinfiltrat Simon) ne viršūnėse, o žemiau. Tie infiltratai randami įvairiose plaučių vietose. Rentgenologiškai jie pasižymi apskrita forma. Jų didumas esti įvairus.

Gali būti ir keletas židinių. Aplink tokį židinį gali būti difūziškas pritemimas — cirkumfokalinė infiltracija.

Autorius nurodo į didelę svarbą nustatyti tuos ankstybinius infiltratus, nes toje tbc. stadijoje prognozė daug geresnė. Atskirti juos esą sunku, nes perkusijos ir auskultacijos daviniai esą negatyvūs. Tiksliausiai jie galima susekti rentgenologiškai. Todel, autoriaus nuomone, tbc. dispanseruose reikalinga turėti gerai prityręs rentgenologas ir rentgeno aparatas. Be to, jis laiko reikalinga bendradarbiauti su gydytojais praktikais ir ypač mokyklų gydytojais, kad tuo būdu išsamiai galima būtų ištirti platesni gyventojų sluoksniai. (Iliustruota 5 rentgenogramomis).

Dr. P. Kalvaitytė.

8. F. Scheidemandel (Nyrnberge, Lungenfürsorgestelle). — **Das tuberkulöse infraklavikuläre Infiltrat.** (Tuberkuliozinis infraklavikuliarinis infiltratas). („M. m. W." 1928, Nr. 10).

Trumpai nušviesta plaučių tbc. plėtimosi eiga. Nurodyta, jog dažnai chroniškoji plaučių tbc. prasideda ne viršūnėse, kaip apie tai iki šiol bendrai buvo manoma, o žemiau raktikaulio, dažnai tipingoje vietoje tarp I ir II šonkaulio šone. Kartais infiltratai randami žymiai žemiau, pavyzdž., ties viduriu plaučių, o retkarčiais ir apatinėse dalyse.

Tuos infiltratus autorius vadina pagal Assmann'ą infraklavikulariniais infiltratais.

Rentgenologiškam jų vaizdui nušviesti cituojamas Assmann'as, pasak kurio, tie infiltratai rentgenologiškai duoda apskritos formos, neryškiais kraštais, difūzišką pritemimą, nuo 5 pfen. iki 3 markių monetos didumo. Labiau pažengusiais atsitikimais jie yra apsupti lengvu pritemimu, kuriame galima pastebėti smeigiamosios spilkos galvutės didumo mazgeliai. Hylių piešinys dažnai mažką tesustiprintas. Kartais hyliuose randamos nedidelės, ryškios dėmės, matyti, maži sukalkėjimo židiniai. Druožėtumas tarp hylių ir periferijos mаž tesustiprintas. Vėlybesnėse stadijose tie židiniai dažnai pasižymi prašviesėjimu centre ir duoda tada žiedo pavidalo šešėlius.

Kliniški daviniai šitoje stadijoje necharakteringi. Subjektyvūs reiškiniai, k. m.: kosulys, kvėpavimo sutrikimai ir t°,—taip pat nežymūs. Bet rentgenologiški daviniai turi itin svarbios reikšmės. Jau peršvietimai dažnai nurodo įtariamą vietą, gi nuotraukos iškelia smulkmenas. Be to, tuo metu dažnai randama tbc. bacilų, nors ir negausinguose skrepliuose.

Difirencinės diagnostikos atžvilgiu nurodoma, jog panašūs pritemimai rentgenologiškai gali būti stebimi prasidedančiose centrinėse pneumonijose ir vietiniuose pleurituose. Bet šitie susirgimai pasižymi ryškesniais kliniškais simptomais ir ypatingai kvėpavimo garso pakitėjimu. Ir, be abejojimo, tada nerandame tbc. bacilų. *Dr. P. Kalvaitytė.*

9. G. Bear u. B. Kettentidt. (Miunchene, Tuberkulosefürsorgestelle). — **Die offen Lungentuberkulösen des Jahres 1927 der Tuberkulosefürsorgestelle München.** (Atviri džiovininkai 1927 met. Miuncheno tbc. dispansere) („M. m. W." 1928, Nr. 21).

Peržiūrėti visi 1927 mt. Miuncheno tbc. dispansero ligoniai su atvira plaučių tbc.; jų buvę 348. Tyrinėjimo tikslas, paraginus Romberg'ui, surasti, kaip dažnai gali būti stebimi ankstybieji infiltratai.

Tiksliai daviniams įvertinti pirma eile naudotasi peršvietimų daviniais, abejotinais atsitikimais — ir nuotraukomis.

Ankstybiniu infiltratu rentgenologiškai autorius laiko didesnį ar mažesnį homogenišką pritemimą, be produktyvinio pobūdžio mazgų, bet kurioje plaučių vietoje.

Produktyvine ankstybine forma autorius laiko, jeigu pritemimo vietoje dar pastebimi švelniais kontūrais mazgeliai. Gi senesni produktyviniai židiniai be cirrozės duoda stipresnius šešėlius už ankstybesnių formų mazgelius.

Tarpe tyrinėtojų 348 atsitikimų buvę: ankstybinių infiltratų 46 atsitik. — 15%, produktyvinių ankstyb. infilt. 19—5%, senesnių produktyv. formų be cirrozės 94 ats. — 30%, cirrozinių formų 157—50%. 11 atsitikimų buvęs padarytas pneumothorax ir jų formų suskirstymo atžvilgiu negalima buvę beįvertinti. 1 atsitikimu radus skrepliuose tbc. bacilų, rentgenologiški daviniai buvę neigiami. Šituo atsitikimu, autoriaus manymu, buvo susirgusi bronchų gleivinė.

Tbc. bacilos ankstybinio infiltrato stadijoje randamos dažnai. Gi anamnezės daviniai mažai esą patikimi. Šituo atžvilgiu kreipta ypatingo dėmesio 131 atsitikimų. 65 atsitikimais, kas sudaro 50%, nebuvę anam-

nezėje ryškių tbc. susirgimo davinių. Likusiais 66 atsitikimais buvę iš anamnezės sužinota apie buvusį plaučių susirgimą. Todel autorius laiko reikalinga ypatingai pabraukti, jog anamnezė atviros plaučių tbc. atsitikimais gali nesuteikti jokių žinių. Iš kitos pusės, negalima esą įvertinti tbc. atžvilgiu nei ligonių nusiskundimo bloga savijauta, nei svorio kritimo, nei dieglių, nei prakaitavimo naktimis, nei, pagaliau, kosulio su skrepliais, jeigu juose būtų net kraujo. Ir tokie ligoniai, vispusiškai ištirti, buvo rasti tbc. atžvilgiu sveiki. Perkusijos ir auskultacijos daviniais ankstybinio plaučių tbc. infiltrato stadijoje esą dažnai negatyvūs. Todel autorius baigdamas nurodo į gyvą reikalą ištirti visus įtariamus plaučių tbc. atžvilgiu ligonius kliniškai ir rentgenologiškai.

Dr. P. Kalvaitytė.

10. Blümel. — **Die häufigsten Fehldiagnosen bei Lungentuberkulose, ihre Zustandenkommen und ihre Verhütung.** (Dažniausiai pasitaikančios klaidos plaučių tbc. atsitikimais, jų kilmė ir kaip jų išvengti) („M. m. W.“ 1928, Nr. 29).

Nurodoma, su kuriomis ligomis gali būti supainiota plaučių tuberkuliozė, ir pereinama prie objektyvių davinių, jų tarpe ir rentgenodiagnostikos įvertinimo.

Iš rentgenogramų reikalaujama: 1) kad plaučių nuotraukos būtų daromos ten, kur tatai techniškai tobulai atliekama; 2) kad nuotraukas aiškinti turi tiktai patyręs plaučių ligų specialistas, o ne pripuolamas rentgeno aparato savininkas; 3) kad nuotraukų daviniai turi sutikti su kitais daviniais. Kai nuotraukos, perkusijos ir auskultacijos daviniai yra skirtingi, turi patikrinti diagnozę specialistas, panaudodamas visas klinikos ir laboratorijos priemones.

Autoriaus manymu, klaidingų diagnozių esą 50% ir jų tarpe dažnai perdėtų. Perdėtas diagnozes autorius laiko žalingesnėmis negu pavėluotas.

Priežastis perdėtų diagnozių glūdi blogai padarytoje ar blogai išaiškintoje nuotraukoje, o taip pat vienpusiškame įvertinime fizikinių davinių ir perkainavime ligonių parodymų apie jų negalavimus.

Dr. P. Kalvaitytė.

XI. BAKTERIOLOGIJA IR HYGIENA.

13. Prof. D. Zabolotny. — **Infektion und Immunität bei Winteschlaf haltenden Tieren.** (Infekcija ir immunitetas miegančių žiemą gyvulių). („Zentralbl. f. Bakt.“, 1928, 106 Bd.).

Fiziologinės miegančių žiemą gyvulių ypatybės jau seniai yra sudominusios tyrinėtojus. Pirmutiniai tyrinėjimai, kurie siekė išaiškinti, kaip veikia juos infekcija, buvo padaryti su švilpikais (mus marmota). Šituos gyvuliukus apkrėsdavo maro bacilos kultūra. Liga slinkdavo labai lėtai (nuo 61 iki 115 dienų). Ūmūs ligos reiškiniai ir mirtis ateidavo gyvuliukams prisikėlus iš miego. Toliau buvo tyrinėjamos miegančios lazomos (spermophilus citellus). Gyvuliukams įtrindavo odon maro kultūros padarę ekskorijacijų, švirkšdavo kultūrą po oda, į pleurą, į peritoneum ir į nosies angas. Liga trukdavo arti 5 mėnesių. Karštis pakildavo tik prisikėlus iš miego. Tuo tarpu budėjusieji gyvuliukai, apkrėsti ta pačia kultūra, nustipdavo po 5—7 dienų. Autorius mano, kad sužinoti priežastims ilgo maro bacilų gajumo miegančių gyvuliukų organizme, esą reikia patyrinėti minėtų gyvulių immunitetas miego metu. Didelės reikšmės turi fagocitozės reakcija, gaminimas agglutininų ir bakteriolizės procesas (Pfeiffer'io fenomenas).

Kartu su dr. Belousova autorius ištyrė v. cholerae as. bakteriolizės procesą lazomose. Jie patyrė, kad miegantiems gyvuliukams bakteriolozė įvyksta daug vėliau ir praeina lėčiau, negu budintiems.

Štai kontroliniams gyvuliukams bakteriolizė atsirasdavo jau po ½ val., o po 1 val. visi vibrijonai pavirsdavo apvaliais kūneliais. Atvirkščiai, migančiuose gyvuliukuose dar po 5—6 val. daugelis vibrijonų būdavo normalios formos. Miegą gyvuliukai likdavo gyvi, kontroliniai — padvėsdavo. Ateityj autorius žada išaiškinti antikūnų ir atitoksinų gamybos klausimą miegančiuose gyvuliukuose ir šitų procesų įtaką virus'ų passažui. *Prof. A. Jurgeliūnas.*

14. A. Groth u. K. Arnold. — **Revaccinationsergebnisse in Berlin und München.** (Revakcinacijos išdavos Berlyne ir Miunchene). („Zeitschr. f. Hyg.", 1928, 108 B., 3 H.).

Autoriai palygina jų gautas Miunchene revakcinacijos išdavas su panašiais dr. Gins'o daviniais Berlyne. Dr. Gins'o daviniais, iš 2812 revakcinuotų vaikų 1926 m. aiškios pustulos buvo pastebėtos pas 529, kas sudaro 18,8%. Tais pačiais metais Miunchene buvo revakcinuota 8914 vaikų, ir pas juos matyta aiškių pustulų 3632 atsitikimais, kas sudarys 40,7%. Žymiai mažesnį Berlyno vaikų, jautrių revakcinacijai procentą autoriai aiškina tuo, kad Miuncheno lymfa buvusi daugiau virulentiška negu Berlyno. Savo nuomonei patvirtinti, jie nurodo kasmet gaunamus vaikų vakcinacijos davinius už visą eilę metų. Pasirodo, kad Miuncheno lymfa prisiimdavo 98—99,8%.

Autorių stebėjimais įgyjamas po pirmos vakcinacijos immunitetas tveria pas berniukus ir mergaites ne vienodai ilgą laiką: pas mergaites kiek trumpiau. Be to, pasiturinčių gyventojų vaikai įgyja ilgesnį immunitetą, negu biednuomenės vaikai, bet vidutiniškai immunitetas tveria apie 10 metų.

Prof. A. Jurgeliūnas.

XII. PATOLOGIJA.

3. M. Askanazy. — **Die internationale Gesellschaft für geographische Pathologie.** (Tarptautinė Geografinės Patologijos Draugija). („Zentralblatt f. alg. Pathologie u. path. Anatomie", B. 42, H. 2).

Vokiečių Patologijos Draugija viename iš savo suvažiavimų nutarė įsteigti geografinės patologijos draugiją. Draugijos tikslas, veikimo planą ir kelius straipsnio autorius šiaip formuoja.

Draugijos tikslas: tyrinėti patologinio studijavimo objektus vienoda kryptim, kad tuo būdu, lyginant patologiško tyrinėjimo rezultatus, gautus įvairių valstybių ir tautų tarpe, giliau ir visapusiškiau nušviesti patologiškų procesų atsiradimas ir eiga.

Draugijos veikimo planui autorius siūlo, kaipo pavyzdį, iš pradžių šiuos klausimus: 1) Ar tyrinėtojo gyvenamojoj vietoj pasitaiko dažniau tokių ligų, kurios paprastai nėra visur išsiplatinusios. (Savo gyvenamojoj, Ženevoj, autorius, pavyzdžiui, pastebėjo, kad ten dažniau esti rudas širdies raumuo ir idiopatinė širdies hypertrofija, osteomalacia ir blogi dantys, echinococcus alveolaris ir kt.).

2) Ar tyrinėtojo gyvenamojoj vietoj nepastebėta nebuvimas arba retas buvimas tokių ligų, kurios paprastai yra visur išsiplatinusios. 3) Ar tyrinėtojo gyvenamojoj vietoj nepastebėta, kad bendrai išsiplatinusios ligos čia turi kitokią, negu kitur, ligos eigą. 4) Ar galima jau dabar nurodyti priežastys, kurios išaiškintų šitas vietines ypatybes. Čia reiktų kreipti dėmesio į vidujinius ir išorinius faktorius, į visą aplinkumos įtaką (klimatas, aukštumas, šviesa, maitinimas, mechaniški insultai, ypatingai parazitai, nuodai, industriniai sužalojimai ir kt.).

Kiekvienas patologas - tyrinėtojas renka savo krašte reikalingas žinias ir siunčia į vieną bendrą „stotį", kurios vedėjas perduoda jas komisijai prie Patologų Draugijos. Šitoji komisija tvarko gaunamąją medžia-

gą ir patiekia ją Patologų Draugijai, kurioj įdomūs klausimai jau apdirbta forma ir esti specialistų referuojami.

R e f e r. p a s t a b a. Š. m. liepos mėn. mūsų Medicinos Fakulteto prof. E. V i n t e l e r i s, kaipo vokiečių Patologų Draugijos ir steigiamosios tarptautinės geografijos patologijos narys, gavo raštą, kuriame pranešama, kad š. m. balandžio mėn. per patologų suvažiavimą Visbadene tarptautinės geografinės patologijos draugija nutarta steigti atskirai nuo Patologų Draugijos, kaipo savaranki draugija. Tuo būdu Draugija dar neįsteigta. Draugijos steigėjai jau rado gyvo pritarimo 20-yje valstybių.

Dr. Mackevičaitė - Lašienė.

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Kaip daryti deguonio injekcijos po oda** (Dr. L e s n e u'ro metode)? P r i e t a i s a i. Nedidelis balonas, kuriame sutelpa 40 litrų deguonio. Iš balono deguonis patenka į tam tikrą tarpinį indą (dujų slėgimui sumažinti), eidamas pro reguliuojamą čiauptuvą ir stiklinį koštuvą. Tarpinis indas (priėmėjas) sujungiamas su paprasta poodinių injekcijų adata gumine žarna, į kurią įjungiamas dar manometras.

T e c h n i k a. Odą dezinfekuoja t-ra jodi arba alkoholiu. Adatą įduria į išorinę šlaunies pusę, po to numauna žarną nuo adatos, kad patikrintų, ar pastaroji nėra patekusi į veną. Tik tuomet pamažu ima leisti deguonį (iki 300—500 ccm.), stropiai sekdami slėgimą ir žiūrėdami, ar oda injekcijos vietoje brinksta leidžiant dujas. Paprastai įleistas deguonis per parą gražiai susigeria nepalikdamas jokių pėdsakų.

I n j e k c i j o s v a r t o j a m o s: 1) Ambulatoriškoj praktikoj gydant anėmijas, plaučių viršūnių katarus, nervų sistemos sutrikimus. Čia injekcijos daromos kas antra diena arba 2 kartu savaitėje. Deguonis turi antitoksiškų savybių, labai intensingai skatina medžiagos apykaitą ir nuramina nervų sistemą. 2) Prie ligonio lovos toksai portatyvus aparatas (su futliaru sveria mažiau kaip 5 kg.) gali atstoti deguonio inhaliacijas, vartojamas sunkios širdies dekompensacijos atvejais, myokardituose, sunkiuose astmos priepuoliuose. Deguonis iš poodžio patenka į organizmą greičiau negu inhaliuojamas. (Dr. H. K o p i t z, „Aerztl. Prax.", 1928, Nr. 6).

× **Kaulų ir sąnarių tuberkuliozės gydymui** C h. C l a v e l i n ir A n d r é S i c a r d pataria kombinuoti injekcijas į veną calcii chlorati su švitinimu kvarco lempa. Vartojamas šviežiai pagamintas sol. calcii chlorati 1:100 arba 1,5:100. Injekcijos daromos dviem serijom po 10 švirkštimų kiekviena. Švirkštimai daromi kas antra diena. Tarp pirmos ir antros serijos padaroma 20 dienų pertrauka. Vaistų suleidžiama nuo 50 iki 250 ccm. pamažu keliant dozę. Injekuojama labai lėtai — ne mažiau kaip 5 minutes. Pabaigus injekciją ligonis tuoj švitinamas kvarco lempa (seansai nuo 1 iki 30 minučių). Ligoniai puikiai pakelia šitokį gydymą, kurs nei nepadidina t° nei nepagreitina pulso. 17-je atsitikimų (iš 28) pastebėtas svorio pakilimas nuo 2 iki 9 kg. Fistulos sugydavusios arba pradėdavusios mažiau pūliuoti. Gydymas tinkąs ir sunkiems atsitikimams (su t° ir išmėtytais lizdais), tik čia injekcijos daromos labai atsargiai. Siūlomoji gydymo metodė esanti tik pagelbinė bendram gydymui arba vietinei terapijai („La Presse médicale", 1928, Nr. 15).

× **Kas daryti, ligoniui nurijus smailius arba aštrius svetimkūnius?** A. B ö t t n e r is siūlo duoti gausiai valgyti tirštos košės barii sulfurici tol, kol rentgeno kontrolė parodys, kad svetimkūnis iš visų pusių apsuptas minėta koše. Pastebėjus refleksinį spazmą, įleidžiama atropino-papaverino. Tuoj po to duoda n o r m a c o l'io kas 2 val. po 2 arb. šaukšteliu, kol reikalinga. Kartais tenka duoti dar kitų laxantia. Šitokia konservatiška gy-

dymo metodė tinka tik tais atvejais, kai skrandžio žarnų trakte nėsama anatomiškų kliūčių (sak., suaugimų ar pan.). („Klin. Woch.", 1928, Nr. 27).

× **Serumo ligos ir vaikų urtikarinio tipo išbėrimų gydymas sanocalcin'u.** Cohn'as praneša, kad iš visų iki šiol vartojamų vaistų prieš serumo ligą, įvairius vaikų urtikarinio tipo išbėrimus geriausiai veikiąs sanocalcin'as. Tatai yra 1‰ calc. glycer.-phosphor. ir calc. lacto phosphor. tirpinys, parduodamas ampulomis po 1 ccm. ir švirkščiamas į raumenis. Iš 25 gydytų sunkių ir vidutinių serumo ligos atsitikimų 20-tyje išbėrimas ir odos niežtėjimas išnykę jau po 3—4 val. nuo injekcijos. Tiesa, du kartu buvę recidivai, tačau jie pasireiškę silpnesne forma ir dingę nuo antros injekcijos. Likusiais 5 atsitikimais simptomai išnykdavę lėčiau, bet ne vėliau kaip po 60 val. nuo gydymo pradžios. Pamėginęs gydyti sanocalcin'u strophulus'ą, akrodyniją su stipriu odos niežuliu ir purpura urticans, autorius taip pat gavęs geras pasėkas. Tik šitose ligose injekcijos tekdavę kartoti, tuo tarpu kaip serumo ligai dažniausiai pakakdavę vienos injekcijos (1—2 ccm. sanocalcin'o). („Die Ther. d. Geg.", 1928, Nr. 1).

× **Šlapios kūdikių ekzemos terapija.** Gydymo principas tas, kad šlapią stadiją gydydami pervestume į sausą. Tam geriausiai tinką šalti kompresai iš pieno, arbatos, 1—3% boro rūkšties, lig. aluminii acetici 2% tannino tirpinio arba ¼‰ resorcino tirpinio. Kompresai keičiami kas ½ val. Kartą dienoje šlapiuojančios vietos galima tušuoti 2% arg. nitrici tirpiniu arba sol. adrenalini 1:1000. Naktims dedamas tvarstis su šaldomuoju tepalu, pav.: Rp. Liq. Bourowi (2%) 10,0, Anaestesini 0,5, Lanolini, Vaselini aa 15,0. (Priv.-Doz. R. Lederer. — „Die Aerztl. Praxis", 1928, Nr. 8).

× **Sieros kamščių pašalinimas, turint išorinės ausies uždegimą.** Kietiems kamščiams pašalinti turime kiek galėdami vengti įvairių mechaniškų priemonių tais atvejais, kai ligonis turi išorinio ausies latako arba vidurinės ausies įdegimą. To reikalauja jau patsai ausies opumas. Patartina išrašyti: Rp. Natr. bicarb. 0,5 Glycerini et aquae aa 5,0. Šitie lašai pašildyti lašinami į ausį kas 3 v. Kitą dieną praplauna ausį atsargiai ir be jokio spaudimo šiltu šviesiu kalii permangan. tirpiniu, kuris išplauna visą kamštį be jokio skausmo. (Priv. - Doz. O. Beck. — „Die Aerztl. Praxis", 1928, Nr. 8),

× **Naujas būdas ateromoms operuoti.** Padaręs mažą pjūvį, autorius atidaro ateromą, išspaudžia jos turinį ir, sužnybęs klemmu maišelį, švelniai jį tampo, kol, pagaliau, be ypatingų sunkumų visas maišelis išsitraukia laukan. Metodė gera tuo, kad pakanka mažo pjūvio, kad gaunamas idealus kosmetiškas rezultatas ir kad operuotosios vietos nereikia tvarstyti. (Dr. Emmerich Fischer. — „Archiv f. klin. Chirurgie", Bd. 150, H. 3, p. 549).

× **Tinkamiausias būdas Rekordo švirkšlėms laikyti.** Geriausia laikyti švirkšlės absoliutiniame alkoholyje, kurs pakeičiamas atsižvelgiant į tai, kaip dažnai švirkšlė vartojama. Tačiau reikia atminti, kad alkoholis tinka laikyti tik sterilizuotoms ir po to nesuteptoms septiška medžiaga švirkšlėms. Priešingu atveju vienos dezinfekcijos alkoholiu nepakanka. Įdomu, kad iš vartojamų injekcijoms adatų, ilgai gulėjusių alkoholy, pavykdavo išauginti anaerobus. Adatas reikia pavartojus išvirinti — geriausia, mėgintuve — ir po to laikyti alkoholy. Bet daug geirau, kur tik galima, sterilizuoti adatos mėgintuvuose karštu oru ir laikyti jos šituose mėgintuvuose sandariai užkimšus (Dr. G. Eichelter. — „Die Aerztl. Praxis", 1928, Nr. 8).

× **Vietinio hyperhydrosis gydymas.** Autorius gydo padidėjusį rankų, kojų, pažastų prakaitavimą tam tikru parduodamu muilu — „Chromatseife", kurs turi 3% chromo rūkšties, sujungtos su natriu. Išsiplovus 2—3 kartus minėtu muilu prakaitavimas nepaprastai sumažėdavęs ir visiškai išnykdavęs blogas kvapsnis. Muilą vartojant nėra reikalo prieš tai nugydyti paprastai turimų odos susproginėjimų ir išbėrimų. Nereikalingi taip

pat įvairūs barstymai ir tepalai. Apskritai, chromo veikiama ligonių oda tampanti atsparesnė įvairioms infekcijoms. Nė karto autorius nėra matęs bet kurių negeistinų pašalinių reiškinių, ypač kurios nors žalos inkstams. (Dr. Münch. — „M. Med. Woch.", 1928, Nr. 31).

× **Naujausios metodės sąnarių reumatizmui gydyti.** Be salicylo preparatų, galima vartoti ir atophan'as. Jei salicylo preparatai blogai pakeliami per os, galima jie vartoti per clysmam (du kartu dienoje po 4 gr. natrii salicyl.). Ypatingai atkakliais atsitikimais tenka vartoti Edelmann'o kombinacija: salicylo natrio+pieno (arba caseosan'o) injekcijos. Galima taip pat švirkšti atophanyl'is. Patsai autorius atskirais atvejais gaudavęs gerų pasėkų nuo elektrokollargol'io injekcijų (į raumenis), vartojamų kartu su natr. salicyl. Jei liga recidivuoja, ypač ten, kur galima įtarti ligos saryšy su ūminiais arba chroniškais tonzilitais, dažnai puikių pasėkų duodanti tonsillectomia. Iš kitos pusės, nėsą pagrindo įtarti bet kuris ryšis tarp polyarthrit'o ir dantų susirgimų. Sepsiniais raumatizmo atvejais patartina daryti argochrom'o arba trypaflavin'o injekcijos. Saxl'io siūlymu, 10-čia minučių pieš trypaflavin'o injekciją įšvirkščiamas pituisan'as. (Priv.-Doz. E. Freund. — „Die Aerztl. Praxis", 1928 Nr. 6).

× **Gripo pasėkos kraujatakos organams.** Hubert'as nurodo, kad įvairios gripo epidemijos nevienodai atsiliepiančios kraujotakai. Pastebėta, kad lengvesnės gripo formos dažniau pakenkia kraujotakos organams. Sergant gripu dažniausiai pastebima bradycardia, ne tiek dažnai pasitaiko arytmija. Periferinėj sistemoj pasitaiko pavojingų difūziškų kraujaplūdžių (subcutis, žarnos, ypač plaučiai) ir vazomotorų paraližius, be to, flebitų, venų trombozių (ypač viršutinėse galūnėse). Kaipo vėlesnės pasėkos, pasitaiko vazomotorų neurozių. Jei pastarosios paliečia širdį, tuomet atsirandanti angina pectoris; pastaroji pasitaikanti turintiems asteniška širdį. Periferiškos vazomotorų neurozės pasireiškiančios svaiguliu, alpimu, atšalimo ir nutirpimo pojučiais, taip pat priepuoliais, panašiais į Raynaud'o syndromą. Čią prognozė nėsanti bloga. Pasitaiko ir myokardo susirgimų, tačiau be dilatatio ir neduodančių patologiškų - anatomiškų pakitimų. Ligoniai jaučia slėgimą širdies srityj, dusulį kiek pasitempus, kartais esti arythmia; darbingumas sumažėja. Rimtų pasėkų palieka gripas sergančioje širdyje. Tačiau pasitaiko, kad nežiūrint į atsirandančius organiškus širdies pakitimus, ligonio būklė nėkiek nepablogėjanti. („Münch. Med. Woch.", 1928, Nr. 28.)

× **Polyarthritis rheumatica** priprasta gydyti salicylo preparatais. Bet daugeliu atvejų dar geriau šitą ligą paveikia pyramidonas, ypač tatai galima pastebėti gydant ūmines formas: po 2—3 gr. pro die karštis greit krinta ir skausmai praeina. Tik reikia pyramidonas dar kiek laiko ir toliau duoti, kad išvengus recidivų. Dažnai ten, kur salicylo preparatai negelbsti, pyramidonas veikia kuo geriausiai. Be to, vartojant pyramidoną, net labai didelėmis dozėmis, beveik visai nebūva tų nemalonių reiškinių, kuriuos sukelia salicylas, būtent: galvos skausmai, vėmimas, galvos svaigimas. Kai kada labai gera paveikia kombinacija iš pyramidono ir salicylo ää 2 gr. pro die. („D. Arch. f. kl. Med." 1928, H. 3—4).

× **Pertussis** gydymui siūloma išmėginti omnadin'as. Dr. Ozynula (Čekoslovakijoje) gydė šituo būdu 16 vaikų pertussis. Per 7 dienas daromos 3 injekcijos į gluteas. Kūdikiai iki 1 metų gaudavo 1 ccm., nuo 1 iki 5 metų—1,2 ccm. ir vaikai nuo 6m.—iki 1,5 ccm. Po 1 injekcijos kartais atrodo, lyg priepuoliai dar dažniau užeina, bet po 2 ir 3 injekcijų temperatūra krinta ir priepuoliai praeina. Vaikams vėl atsiranda apetitas ir jie griet pasitaiso. („Therap. Ber." 1928, Nr. 5. J. G. Farbenindustrie).

× **Ozėnai gydyti** pasirodė labai tinkamas preparatas chaulmoograöl. Šita alyva duodama gryna arba 30% su vazelinu. Nosies gleivinę patepus keletą sykių, foetor pamažu praeina, po mėnesio gleivinė atrodo vėl normali. Dr. Calogero praneša apie 10 tuo būdu jo pagydytų ligonių. („Rassegna intern. di Clin. e Terap." 1927. Pusl. 537).

× **Prie hyperemesis gravidarum** galima išmėginti šis gydymas: pacijentės turi ramiai gulėti lovoje, be pogalvio, su aukštai iškeltomis kojomis. Duodama tik arbata ir kasdien vieną kartą plaunamas skrandis. Be to, duodamos 6 tabletės luminalio (Luminaletten) à 0,015 g. Jei vėmimas praeina, tai pamažu pereinama prie maišytos dijetos, bet pacijentė vis dar turi gulėti. Pamažu nuleidžiamos kojos, paskui duodamas jau po galva pogalvis. Galop pacijentė gali atsikelti. (Dr. Schlichting. „Med. Welt." 1927, Nr. 42).

× **Asthma bronchiale** symptomiškai gydyti patartina išmėginti ephetonin'as (Merck—Darmstadt). Tai syntetikumas alkaloido ephedrin, kuris pastarasis farmakologiškai giminingas adrenalinui. Nelabai sunkios ligos formos paprastai pasiduoda šitam gydymui. Vis delto kai kada ephetonin'as neveikia ir priežastis tam randama pacijento skrandyje: ten sumažintas HCl kiekis. Todel duodama: Rp. Ephetonini 0,025 (iki 0,05), Acidoli 0,25 (iki 0,5). M. f. pulvis. Tales doses Nr. XX. S. Tuojau priimti pasirodžius pirmiems astmos reiškiniams. Šituo būdu pagydomi ir pacijentai, kuriems vienas ephetonin'as negelbsti. (Fortsch. d. Ther." 1928, Nr. 10).

× **Eklampsiją,** vis tiek kokią: ar gravidarum, ar intra partum, ar post partum, praktikas gydytojas geriausiai gydys šiuo būdu: jei moteris dar nėra pagimdžiusi — apžiūrėti, ar negalima gimdymo tuojau užbaigti; tuomet reikia moteris lengvai narkozuoti, nes skausmai gali vėl sužadinti eklampsijos priepuolį. Moterei pagimdžius, vartojamas Stroganov'o būdas su morfinu ir luminalio natriu. Pastarasis geriau vartoti negu chloralhydratas, nes jis kartu sumažina ir kraujo spaudimą. Kadangi luminalio natris greit genda, tai geriausia laikyti priruoštos, gerai uždarytos mažos dozės po 2 gr. miltelių ir prireikus ištirpinti šitie 2 gr. 10 cm. virinto ir iki 30° atšildyto vandens. 2 ccm. šitokio tirpinio atatiks 0,4 gr. luminalio natrio. Moterei duodama 2 cgr. morfino, už valandos 0,4 gr. luminalio natrio į raumenis, po 2 val. 1—1,5 cg. morfino, po 4 val. 0,3—0,4 luminalio, vėl po 6 val. 1,5 cgr. morfino arba 0,2—0,4 luminalio ir vėl po 8 val. 0,2—0,4 luminalio. Per os neduodama nieko. Jeigu intoksikacija per didelė (ilgai be sąmonės, priepuoliai labai dažni) ir kraujo spaudimas augščiau kaip 140, tuomet lengvoj narkozėj išleidžiama iš venos 600—800 ccm. kraujo. Jei pastangos labai silpnos, duodama chinino (tik ne hypofyzės preparatų, del aukšto kraujo spaudimo) arba mėginama metreuryzė. Priepuolio pradžioje įkišama tarp dantų apvyniotas medinis arba guminis špatelis; be to, moteris pririšama prie lovos, kad neiškristų. („Ars medici" 1928, Nr. 7).

× **Targesin'as** yra žinomas antigonorroinis vaistas, o dabar jam vartoti rasta dar viena indikacija: jis labai gerai veikia gleivinės uždegimą. Chroniškas gastritas po gastroenterostomijos gydomas skrandžio plovimais (3 kartus savaitėje) su ¼% targesin'o tirpiniu. Diarėjoms, ūminėms, subakutinėms ir chroniškoms, gydyti duodama kasdien 4—6 kartus po 2 targesino tabletes ä 0,25. Išeinamosios žarnos kataras gydomas ¼—½% targesin'o tirpinio plovimais arba 5—10% targesin'o žvakutėmis. („Ars med." 1928, Nr. 7).

Savivaldybių medicina.

I. K. M. S. Medicinos ir Sanitarijos Tarybos posėdžio 1928 mt. birželio mėn. 8 d. protokolo Nr. 6 nuorašas.

Pradžia 18 val. Pabaiga 21½ val.

Dalyvavo: 1) Dr. K. Grinius, 2) Dr. L. Epšteinas, 3) Dr. Nekvedavičius, 4) Prov. P. Stakelė, 5) Kauno m. gydytojas Dr. Vaiciuška Pr., 6) Dal. Ved. J. Steponaitis ir 7) kaipo svečias, Kauno miesto Žydų ligoninės Vyriausias gydytojas Dr. Golachas.

1. **Protokolų pereitų posėdžių skaitymas.** Nutarta: Medicinos ir Sanitarijos posėdžių 1928 mt. balandžio mėn. 3 d. ir gegužės mėn. 3 d. protokolus Nr. 4 ir 5 patvirtinti.

2. **Kova su šiltinėmis Kaune.** Nutarta: Prašyti Kauno miesto Valdybos kovai su vidurių šiltinės epidemija pavesti Socialės Apsaugos Skyriui:

a) kad I, III ir IV pigiųjų Butų Kolonijose būtų įtaisyti kūbai virintam vandeniui gaminti, nes vidurių šiltinė platinasi nevirintu geriamuoju vandeniu;

b) kad būtų įtaisyti virintam vandeniui gaminti bakai nemokamam gyventojų naudojimuisi — 1) prie Žuvų rinkos, 2) Senojoje rinkoje ir 3) Prezidento ir Lukšio gatvių kertėje.

3. **Kauno miesto Žydų ligoninės pasiūlymas — raštas 1928 mt. VI. 1 d. Nr. 358.** Nutarta: Laikyti priimtina šios rūšies sutartis su Kauno miesto Žydų ligonine:

a) K. M. Žydų Ligoninė apsiima per trejus metus skirti aštriomis infekcinėmis ligomis sergantiesiems Kauno miesto gyventojams 80 lovų;

b) kokios rūšies infekciniai ligoniai turi būti priiminėjami, ligoninė nustato susitarusi su Kauno miesto Valdyba;

c) Ligoninės patalpai praplatinti antrasis gyvenimas ant infekcinio barako iš naujai degintų plytų pastatyti. Kauno miesto Valdyba apsiima išrūpinti kreditą 40.000 lt. trejiems metams;

d) procentus tos paskolos apmoka Kauno miesto Valdyba, sumą gi 40.000 lt. sumoka kreditoriams Kauno miesto Žydų ligoninė.

e) Kauno miesto Žydų ligoninė apsiima, šitą sutartį Kauno miesto Valdybai priėmus, jau dabar priiminėti infekcinių ligonių iki 80 asmenų ir išlaikyti juos Kauno miesto Valdybos sąskaiton po 6 litus dienai iki 1928 m. gruodžio mėn. 31 d., o nuo 1929 mt. sausio mėn. 1 d. po 10 litų dienai.

Pirmininkaujantis *Dr. K. Grinius.*
Nariai: *Pr. Sïakelė, Dr. K. Nekvedavičius, Dr. L. Epšteinas.*
Sekretorius *J. Steponaitis.*

II. SĄRAŠAS

ligų, fizinių ir protinių trūkumų, galinčių kliudyti mokiniams įstoti į Kauno miesto pradžios mokyklas ir lankyti jas.

(Priimtas Kauno M. S. Medicinos ir Sanitarijos Tarybos posėdyje 1928 mt. liepos m. 12 d. ir Kauno Miesto Valdybos 1928 mt. liepos m. 19 d.).

Gydytojai nustato kiekvieną kartą atskirai susirgimo ir trūkumo pobūdį ir laiką, per kurį tas susirgimas arba trūkumas kliudo mokiniui lankyti mokyklą arba įstoti į ją.

1. Didelis ir bendras kūno sunykimas ir didelis jėgų sumenkėjimas, dėliai nepakankamos fiziškos kūno plėtotės ar kitų patologiškų priežasčių.

2. Sunkūs širdies susirgimai, organiški arba funkciški, ir kraujagyslių ligos, tuo atveju, jeigu turima aiškiai pasireiškusi ligos forma su kompensacijos ir kraujo cirkuliacijos sutrikimu arba jeigu tos ligos bendrai trukdo mokytis.

3. Sunkūs kvėpavimo takų susirgimai, aštrūs ar chroniški, jeigu jie kliudo mokytis.

Plaučių tuberkuliozas, jeigu turima aiškiai pasireiškusi ligos forma ir jeigu kliniška tuberkuliozo diagnozė pasitvirtina mikroskopiškais bei bakteriologiškais tyrinėjimais.

Stipriai pasireiškusi aštriai dvokianti nosies sloga (ozaena).

4. Sunkūs virškinimo organų susirgimai, jeigu jie kliudo mokytis.

5. Sunkūs lyties bei šlapimo organų susirgimai ar jų plėtotės ydos, kliudančios mokytis.

Inkstų ligos — esant šlapime baltymų ir cilindrų.

6. Limpamos ligos, aštrios arba chroniškos, kurios gali pereiti kitiems kontakto būdu arba kitaip, kol praeis jų apkrečiamumo periodas.

7. Cirrhosis hepatis sunkios formos.

8. Sunkūs kraujo ir kraujo gaminamųjų organų susirgimai ir hemorragiškos diagnozės (chlorozė, anaemia perniciosa, leukaemia, skorbutas, purpura, haemophilia ir kt.), kliudančios mokytis.

9. Sunkūs kūno medžiagų apykaitos susirgimai ir vidaus sekrecijos trūkumai (cukrinis diabetas, skrofuliozė, miksoedema, morbus Basedowi ir kt.), kliudą mokytis.

10. Judamųjų organų susirgimai.

a) Chroniškos kaulų ligos su sunkiais periosto, kaulų medžiagos ir kaulų smegenų sugedimais, iš kurių yra pasidarę chroniškos opos, prakiurimai arba įsisenėję pūliavimai, su labai sudarkytomis atvirosiomis kūno dalimis;

b) išnirimai (luxatio) ir lūžimai (fractūra), taip pat ir sąnarių ligos, galinčios kliūdyti mokytis, ypač tuberkuliozinis uždegimas, arthritis deformans, rheumatismus articulorum ir t. t.

c) sunkūs raumenų ir sausgyslių susirgimai, trukdą mokytis.

11. Sunkūs nervų sistemos susirgimai, centraliniai ar periferiniai (paralyžiai, parezės, neuritai, neuralgijos, meningitai, encefalitai ir t. t.), kliudą mokytis.

Sunkios neurozės (hysteria, epilepsia, chorea minor, hemicrania, konvulsijos), atkakliai pasikartojančios.

12. Psychiniai susirgimai visų laipsnių ir pavidalų.

13. Aiškiai išreikštas defektingumas.

14. Odos susirgimai, nors ir nelimpami, bet apimą atvirąsias kūno dalis, labai išsiplatinę arba kliudą mokytis.

15. Akių ligos:

a) Vokų įvirtimas arba išvirtimas su akies obuolio erzinimo reiškiniais;

b) trachoma arba conjunct. foll. su gilia infiltracija ir traiškanojimu;

c) regėjimo silpnumas, mažesnis kaip 0,2 abiem akim, nepataisomas optiškais stiklais iki 0,5.

Pastaba: Jeigu traiškanojimas esant trachomai pasiliovė, tai mokiniai leidžiami į mokyklą, bet turi būti ypatingai prižiūrimi mokytojų personalo ir mokyklų gydytojo.

16. Ausų ligos ir girdėjimo trūkumai. Pūlių tekėjimas iš vidaus ausies ir osteonecrosis su pasidariusiomis granuliacijomis arba ausų polypais, Kurtumas abiem ausim, trukdąs mokytis.

17. Viršutinių ar žemutinių galūnių ar jų dalių trūkumai, kliudą stovėti, vaikščioti arba bendrai normaliai mokytis.

18. Visoki sutinimai ir kylos, labai kliudančios vaikščioti ir mokytis arba turinčios blogą pobūdį.

19. Visoki kiti pastovūs fiziniai ar protiniai trūkumai ar įpročiai, kurie gali labai pablogėti nuo mokyklos apystovų, arba kurie gali žalingai veikti kitų mokinių sveikatą ir psychiką.

Kauno Miesto Burmistras **J. Vileišis.**
Medicinos ir Sanitarijos Skyriaus Vedėjas **Dr. K. Grinius.**
Kauno Miesto Pradžios Mokyklų
Medicinos Centro Vedėjas **Dr. L. Epšteinas.**

Bibliografija.

Prof. Dr. Hermann Altrock.—**Kleine Sportkunde.** Verlag Georg Thieme, Leipcigas. 1928. 370 pusl. Kaina 9,50 markių (23 litai).

Knyga pašvęsta visoms sporto šakoms ir apdirbta atatinkamų specialistų. Kiekvienos sporto šakos aprašoma iš pradžių technikinė dalis, paskui sporto specialistų gydytojų nagrinėjama grynai mediciniška šitos sporto šakos pusė. Išaiškinama, kokią naudą vienas ar kitas sportas duoda žmogaus kūnui, kokius jo organus ypačiai paliečia, kaip harmoningai teisinga treniruotė paveikia visą kūną, kokie nelaimingi atsitikimai ir susižeidimai dažniausiai atsitinka vienoj ar kitoj sporto šakoj. Lengvoji atletika, įrankių mankštymas, boksas, futbolas, beisbolas, hokey, plaukiojimas, irklavimas, tenisas, ritimasis, kalnų sportas, ski, jojimas, polo, dviračių, autômobilių ir aeroplanų sportas, sportiniai žaidimai — rodos, nieko šitoj knygoj neužmiršta. Paduotos formos sporto studentų priėmimo lapų, kurie vartojami Aukštosios vokiečių sporto mokyklos (Deutsche Hochschule für Leibesübungen). Knyga išleista gražiai, su daugeliu paveikslų ir fotografijų. Įvadą parašė garsus chirurgas prof. A. Bier'as, pirmas minėtos aukštosios sporto mokyklos rektorius.

Dr. med. O. Pūdymaitis.

× Dr. V. Vaičiūnas. — **Sveikatos dalykai. Įvairios gydytojo pastabos.** Kaunas. 1928. 80 pusl. in 16. Kaina 1 lt. 50 c.

Yra tatai populiariai parašyta knygelė, liečianti įvairius sveikatos klausimus. Ji patartina įsigyti kiekvienam lietuviui, inteligentui ir paprastam kaimiečiui.

× Dr. A. Didžiulis. — **Panevėžio Apskrities Savivaldybės Ligoninės 1927 metų veikimo apyskaita,** pavyzdingai bulgateriškai sudaryta.

Kronika.

NEKROLOGAI.

HIDEYO NOGUCHI.

Šių metų gegužės 21 dieną pasimirė vienas pirmųjų pasaulio bakteriologų, Hideyo Noguchi. Jis pasimirė ne paprasta mirtimi, bet žuvo kaip mokslo auka, užsikrėtęs geltonuoju drugiu, kurio tirti jis buvo atvykęs į Afriką su specialia mokslo ekspedicija iš Rockefeller'io instituto.

Noguchi buvo gimęs Japonijoje 1876 m.; medicinos mokslus baigė 1898 m. Tokio universitete. 1901 m. jis nuvyko į Ameriką ir čia beveik visą laiką dirbo Rockefeller'io institute. Čia jis padarė visą eilę labai svarbių atradimų, kurie visame pasaulyje išgarsino jo vardą. Jis pirmasis rado syfilio mikrobų galvos ir stuburkaulio smagenyse metaluetinių susirgimų atsitikimais (paralysis progressiva, tabes dorsalis). Jis pagamino grynų kultūrų treponema pallidum. Gal būt jis tikrai bus pirmasis pernai trachomos mikrobą radęs.

Į Afriką Noguchi buvo atvykęs, norėdamas patikrinti geltonojo drugio bakteriologijos davinius, kuriuos jis buvo per paskutinį dešimtmetį gavęs betirdamas Centralinės ir Pietų Amerikos drugį. Jis buvo ketinęs dar šią vasarą nuvykti į Egyptą ir čia varyti toliau savo tyrimus sunkiai ir labai svarbiai trachomos problemai išspręsti. Bet žuvo Akroje (Aukso Pakrantėje) nuo geltonojo drugio, nepabaigęs savo tyrimų.

Visas pasaulis turi būti dėkingas Užtekančios Saulės kraštui už jos sūnų, heroiškai pasiaukavusį žmonijai. *Prof. P. Avižonis.*

× **Lietuvoje mirė:** Dr. Jonas Turskis, 63 mt. amžiaus, gyvenęs Gaučiuose, Kaltinėnų v., Tauragės apskr. Velioniui atiduoti paskutinę pa-

garbą, t. y. dalyvauti jo laidotuvėse, prisirinko labai didelė minia žmonių, tiek krikščionių, tiek ir žydų, nes jisai buvo visų labai mylimas ir gerbiamas, kaipo geras, švelnus ir teisingas žmogus bei atsidavęs žmonių labui gydytojas.

× **Užsieniuose mirė:** 1) Maskvoj garsus histologas prof. I. F. O g n e v'as; 2) Berlyne žymus chirurgas prof. R i e s e, buvęs prof. K r a s k e's asistentas; 3)Giesseno patologijos instituto direktorius prof. B o s t r o e m'as; 4)Vienoje garsusis fiziologijos chemikas prof. F r o m m'as; 63 m. amž.; 5) Londone žinomas neuropatologas, prof. F e r i e r, 86 m. amž.: 6) Oftalmologas Oslo prof. S c h i ö tz, 78 m., išradęs tonometrą ir, kartu su J a v a l'iu, oftalmometrą; 7) Bordeaux'o prof. F. L a g r a n g e, 71 m., vienas pirmųjų francūzų oftalmologų, pasiūlęs chroninei glaukomai gydyti fistulizuojančią operaciją — sklerektomiją; 8) Budapešto oftalmologas prof. K. H o o r, 70 m., 9) Paryžiaus okulistas M. L a n d o l t (prigėrė Senoje); 10) Vilniaus okulistas B. H l a s k o, 70 m.

AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

× **Asistentų reikalai.** Ausų-nos.-gerkl. katedros vyr. asist. dr. A. G a s i ū n u i pasitraukus, minėtoj katedroj vakuoja asistento vieta. Dr. A. G a s i ū n a s persikelia į Šiaulius, kur užims Šiaulių apskr. savivaldybės ausų, nosies ir gerklės skyriaus, steigiamo prie akių ligoninės, vedėjo vietą.

× **Naujos mokslo įstaigos Rusijoj.** Machač-Kaloje pradėjo veikti D. S. S. R. t r o p i n i s i n s t i t u t a s, kurio direktoriu pakviestas dr. A. F e r - D ž a n i a n c. Kol kas D. S. S. R. veikia 4 maliarijos stotys ir viena pusstotė „Dasogii" fabrike. Nuo kitų metų stočių tinklas būsiąs žymiai praplėstas.

Rostove ant Dono manoma įsteigti i n s t i t u t a s p r o f e s i n i a m s s u s i r g i m a m s i r ž a l o m s s v e i k a t a i tyrinėti.

× **Prof. Calmette'o išrastos t.b.c. vakcinacijos BCG bacilomis kritika.** Prof. C a l m e t t e'as neseniai darė pranešimą apie jo surastą džiovos profilaktikos metodę vakcinuojant tam tikra tbc. bacilų BCG veisle Vienos gydytojų draugijoje ir susilaukė energingo protesto iš pusės garsių pediatrų ir patologų - anatomų. Žinomas pediatras prof. P i r q u e t tiesiog pareiškė, kad C a l m e t t e'o mėginimai nėra nepavojingi, nes patiekiamos organizmui bacilos galinčios prigyti, sudaryti tuberkuliozinius židinius ir komplikacijas. C a l m e t t e'ui oponavo taip pat vaikų gydytojas prof. N o b e l'is pareikšdamas, kad C a l m e t t e'o štampo negalima laikyti nepatogenišku, o patologas - anatomas prof. C h i a r i patiekė eilę preparatų, įrodančių, kad C a l m e t t e'o BCG bacilų veislė nėkiek neapsaugoja nuo vėlesnio apsikrėtimo bac. typ. bovini. Pagaliau, R o s e n f e l d'as patikrino C a l m e t t e'o statistiką ir rado jo skaitmenis neteisingus metodologijos atžvilgiu.

× **Berlyno gynekolog. klinikos Charité direktorium,** vieton mirusio prof. F r a n z'o, išrinktas Prahos gynekologijos prof. W a g n e r'is.

× **Valstybinių gydytojams egzaminų reikalu.** Švietimo ministerio įsakymu, medicinos, farmacijos ir odontologijos valstybinių egzaminų komisijos pirmininku šiai 1928 metų sesijai yra paskirtas prof. J. K a r u ž a, kuris priiminės komisijos reikalais švietimo ministerijoje pirmadieniais, trečiadieniais ir ketvirtadieniais nuo 4—5 val. p. p. Egzaminai tęsis nuo spalių mėn. 10 d. iki gruodžio mėn. 24 d. Norį egzaminuotis turi iki spalių mėn. 5 d. paduoti komisijos pirmininkui prašymą, apmokėtą 4 lit. žyminio mokesnio.

Prie prašymo pridedama: aukštosios mokyklos pažymėjimas (originalas) apie išeitą mokslą ir to pažymėjimo notaro patvirtintas nuorašas; pažymėjimas apie patenkinamai išlaikytus puskursinius egzaminus (Vorprüfung), jei toks yra, ir jo nuorašas; rašytas savo ranka curriculum vitae

su smulkiai išdėstyta mokslo eiga; pilietybės pažymėjimas; iždinės kvitas įmokėjus komisijos įrašų mokesnio 100 litų; dvi fotografijos; svetimų valstybių piliečiai prideda dar leidimo gyventi Lietuvoje pažymėjimą. Asmens, kuriems leista egzaminuotis, turi įmokėti valstybės iždan už egzaminus 300 litų ir kvitą įteikti komisijos pirmininkui ne vėliau kaip už trijų dienų prieš egzaminų pradžią.

Įmokėtieji pinigai negrąžinami.

SUVAŽIAVIMAI, SUKAKTUVĖS, PREMIJOS, VARIA.

X **Suvažiavimai.** 18-tas metinis vokiečių neuropatologų suvažiavimas įvyks š. m. spalių 13—15 d. Hamburge. Svarbiausios temos: 1. Vegetacinė nervų sistema (Bräucker'is — Hamburge, Schilf'as — Berlyne, Karplus — Vienoje, kurs praneš apie anatomijos ir fiziol. davinius, Pick'as — Vienoje, kalbėsiąs apie farmakologiją, ir Frank'as — Breslaue, paliesiąs patologiją ir kliniką, 2. Somatiška organų neurozių simptomatologija (Curschmann'as — Rostoke). Informacijų teikia suvaž-mo sekretorius dr. K. Mendel'is (Berlin, W.50).

II-sis tarptautinis radiologų kongresas, įvykęs Stokholme š. m. liepos m. 23—27 d., turėjo daugiau kaip 1000 dalyvių iš visų pasaulio kraštų. uSv-mo pirmininkas, genialus Gösta Fvrssell'is pavyzdingai ir kuosmulkiausiai suorganizavo darbą. Vokiečių rentgenologų draugija delegavo atstovu Holthusen'ą (Hamburgas), kuriam pavedė padaryti pranešimą tema „Švitinimas ir immunitetas". Tačiau didžiausio susidomėjimo sulaukė Forsell'io ir jo mokinių pranešimai apie patvarius gydymo rezultatus radžiu. Stokholmo institutas turi daugiau negu 2 gr. radžio. Suvažiavimui pavyko nustatyti tarptautinė rentgeno spindulių dozė, pavadinta 1 r = 1 „Röntgen". Kitas iš eilės kongresas įvyks Paryžiuje 1931 m. rugsėjo mėn., Bédère'ui pirmininkaujant.

Tarptautinė vėžio problemai tyrinėti konferencija įvyko š. m. rugpjūčio m. pradžioj Londone. Pirma konf. dieną diskutuota chirurgiško ir radiologiško colli uteri ir recti vėžio gydymo klausimu. Dalyviai priėjo išvadą, kad ilgas pakankamų radžio dozių vartojimas (kartu su chirurg. pagelba arba be jos) duoda nėkiek neblogesnių pasėkų grynai chirurgiškas gydymo būdas. Suprantama, kad tatai neliečia atsitikimų, pradedamų gydyti labai ankstyvioj stadijoj, kur tinkamiausias gydymas yra chirurgiškas. Diskutuojant vėžio etiologijos klausimą paaiškėjo, kad šiuo laiku mažai tikima vėžio virus'o toerijai. Ypačiai įdomūs James'o B. Murphy (iš Rokfellerio instituto) tyrimai, kurie aiškiai sugriauna teoriją apie filtruojamą gyvą virusą — vėžio sukėlėją. Be to, esą pavykę gauti iš nesirgusių jokiais naujikais vištų kiaušinių tam tikros substancijos, sukeliančios tumor'us. Svarstant vėžio chemoterapijos problemą, be kita ko, paaiškėjo, kad švinas kartais duodąs tam tikrų teigiamų gydymo pasėkų, bet kartais esąs tiesio žalingas, todel švinas, bendrai pėmus, netinkąs praktiškai vėžio terapijai.

IX vokiečių kūdikių globos suvažiavimas įvyks š. m. rugsėjo 17 d. Hamburge. Išvakarėse, t. y. rugs. 16 d., suv-mo dalyviai — gydytojai turės pasitarimą apie kovą su mirtingumu jauniausiame vaikų amžiuje.

X **Sukaktuvės.** Sukako 300 metų nuo to, kaip Harvey'us paskelbė savo nemirštamą veikalą apie kraujotaką — „De motu cordis". Kitame „Medicinos" numeryje bus įdėtas tam tikras straipsnis apie W. Harvey'o nupelnus mokslui.

Sukako 100 metų nuo Albrecht'o Graefe's, šių dienų oflalmologijos tėvo, gimimo dienos.

X **Kova su žiurkėmis.** Paryžiuje projektuojama įsteigti tarptautinė lyga kovai su žiurkėmis.

× **Premija už išradimą vaistų vėžiui gydyti.** Amer. Suv. Valstybėse įneštas įstatymo sumanymas apie paskyrimą penkių (5) milijonų dolerių premijos tam, kas suras tikrą vaistą vėžio ligai gydyti.

× **Atviras laiškas gydytojams** (trachomos išsiplatinimo ir kovos su ja klausimais).

Ateinančių metų vasarą įvyks tarptautinis oftalmologų kongresas Amsterdame. Pirmąja bendrų diskusijų tema yra pažymėta trachoma: jos geografiškas išsiplatinimas ir socialinė tarptautinė kova su ja. Man yra pavesta duoti reikiamų žinių iš Lietuvos. Kad būtų galima nustatyti bent apytikris trachomos išsiplatinimas Lietuvoje ir pagaminti mūsų krašto trachomos žemėlapis, prašau gerbiamuosius akių gydytojus, paip pat ir apskričių, ligoninių, ambulatorijų ir mokyklų gydytojus, suteikti man davinių šiais klausimais:

1) Kiek trachomotų žmonių yra įregistruota kiekvienoje apskrityje, priskaitant ir visus išgijusios trachomos arba trachomos padarinių (pannus, entropium etc.) atsitikimus ir neskaitant conjunctivitis follicularis?

2) Kiek trachomotų mokinių yra rasta pradinėse ir kitokiose mokyklose ir kuri procentą jie sudaro?

3) Kurį procentą sudaro trachoma akių gydytojų praktikoje ir specialinėse ligoninėse bei ambulatorijose?

4) Ar nėra kas pastebėjęs, kurią įtaką trachomos išsiplėtimui turi amžius, lytis, rasė, konstitucija, antrinė infekcija, socialinė buitis, butas, mokykla, emigracija, specialistinė priežiūra, gydymas?

5) Kas kurioje apskrityje, kuriame mieste ar kurios organizacijos daroma kovai su trachoma?

6) Kas ką galėtų patarti socialinei kovai su trachoma?

Kiekvienas patarimas bus su padėka imamas dėmesin.

Pageidaujama, kad atsakymai į 1—3 klausimus būtų suskirstyti tautybėmis.

Žinias prašau siųsti skubiai, ne vėliau kaip iki spalių m. vidurio, kad suskubčiau jas iki lapkričio pradžios suvesti į krūvą ir pasiųsti toliau sugretinimui su kitų kraštų atatinkamais daviniais.

Tikėdamasis, kad kiekvienas, kas prašomųjų davinių bent truputį turėdamas arba galėdamas jų parinkti, laikys savo pareiga padėti jais nustatyti trachomos išsiplatinimą Lietuvoje, iš anksto tariu nuoširdų ačiū.

Kaunas, Maironio g. 21. *Prof. P. Avižonis.*

× **Vaikų sanatorija Aukšt. Panemunėj.** Dr-jos Kovai su Tuberkulioze Kauno skyrius pradėjo statyti vaikams džiovininkams sanatoriją Panemunės miške, Vičiūnų kaime. Rugsėjo 23 d. įvyko iškilmingas kertinio akmens padėjimas sanatorijos pamatan. Nežiūrint į nenusisekusį orą statybos vieton atvyko p. švietimo ministeris inž. Šakenis, Dr. K. su Tuberk. centro valdyba su vice pirmininku prof. A. Jurgeliūnu pryšakyj, Dr-jos Kauno skyriaus valdyba, Ponių Komiteto atstovai ir nemaža svečių. Iškilmes atidarė prof. Jurgeliūnas. Trumpai pranešęs svarbiausius džiovos išsiplatinimo Lietuvoje davinius, Dr-jos vice-pirmininkas apibūdino vaikų sanatorijos reikalingumą ir jos tikslus. Toliau p. švietimo ministeris inž. Šakenis kalbėjo apie svarbą draugijų, besirūpinančių žmonijos sveikata, ir pabrėžė, kad vyriausybė tokį darbą pasiryžusi remti. Po to visi dalyvavusieji pasirašė iškilmingą akmens padėjimo sanatorijos pamatan aktą, kuris tam tikra ceremonija čia pat buvo įmūrytas. Ceremonijai pasibaigus buvo pasakyti keli sveikinimai. Dr. Gefenas žydų dr-jos „Oze" vardu palinkėjo sanatorijai geros kloties ir konstatavo, kad Dr-ja Kovai su Tuberk. pradėdama statyti sanatoriją ima tvirtėti, nes nelyginant sustiprėjęs medelis jau leidžia šaknis giliai dirvon. Dr. Laurinavičius prisiminė istoriškus sanatorijos steigimo etapus. Dr. A. Matulevičius sveikino Dr-ją K. su Tub. Kauno Medicinos

Draugijos valdybos vardu. Konstatavęs, kad tikriausias kelias kelti tautos sveikatai yra pradėti darbą nuo vaikų, ir prisiminęs, kad ir latvių dr-ja Kovai su Tub. turi įsteigusi 3 vaikams sanatorijas, palinkėjo mūsų Dr-jai ir toliau plėsti tbc. profilaktikos darbą steigiant po sanatorijos miškų mokyklas, vasaros kolonijas ir t. t. Dr. Garmus perskaitė Liet. Raud. Kryžiaus pasveikinimą raštu, atsiųstą Dr. R. Šliūpo. Tuo iškilmės baigėsi. Dalyviai gailėjosi, kad del ligos iškilmėse negalėjo dalyvauti sanatorijos steigimo iniciatorius ir daug tam reikalui nuveikęs Dr. K. su Tub. pirmininkas Dr. K. Grinius. Iškilmių atidėjimas iki Dr. Griniui pasveikstant buvo svarstomas Dr-jos posėdžiuose. Iškilmes atidėti nebuvo galima nesutrukdžius sanatorijos statybos.

× **II-sis Latvijos gydytojų ir dantų gydytojų kongresas** įvyko š. m. IX. 7—9 d., Rygoje, pirmininkaujant prof. Alksniui. Kongrese dalyvavo apie 650 gydytojų ir dantų gydytojų. Be Latvijos gydytojų, kongrese buvo atsilankę ir kaimyninių valstybių medic. organizacijų atstovai: keletas iš Estijos ir 21 (16 gydytojų ir 5 dantų gyd.) iš Lietuvos.

Į kongreso atidarymo iškilmes atsilankė V-bės prezidentas Zemgals, kuris pirmas ir sveikino kongresą. Po to sekė šie sveikinimai: gerbūvio min. Rubulis, Latv. un-to rektorius prof Dr. Zile, Med. fak-to dekanas prof. Dr. Krimbergs, Sveikatos dep-to dir. Dr. Petersons, Liet. un-to medic. fak-to atstovas prof. Dr. Avižonis, Liet. medic. organizacijų vardu Dr. Staugaitis, Dorpato un-to medic. fak-to atstovas prof. Dr. Talvik, Estijos gydytojų vardų prof. Dr. Blessig, Estijos rusų gydytojų vardu Dr. Citovič ir kt.

Pranešimų iš viso buvo padaryta 141. Pranešimų skaičius sekcijomis šiaip susiskirsto: bendr. praneš. 5, interna 25, pediatrija 10, chirurgija 35, gynek. ir akušer. 12, vener. ir dermat. 8, oftalmol. 6, neurol. ir psych. 8, odontol. 16, hyg., soc. ir teismo med. 11 ir profesiniais klaus. 5.

Atvykusiejie į kongresą Lietuvos gydytojai, be dalyvavimo kongreso darbuose, dar yra aplankę Rygos ligonines ir kaikurias klinikas, Kemerių kurortą ir porą vaikų prieštuberk. sanatorijų.

Pasibaigus kongresui, buvo suruoštos kongreso dalyviams vaišės, kuriose dalyvavo ir keliolika Lietuvos gydytojų.

Platesnis pranešimas apie šitą kongresą bus įdėtas kitame „Medicinos" num.

× **Šundaktariavimas** Lietuvoje labai plačiai išsiplėtęs. Šundaktariauja, kas tik nori. Štai keletas pavyzdžių iš paskutinių dienų:

1) Neseniai atvyko į Kauną tulas svetimšalis (sako, italas, bet Rumunijos pilietis), vienur pasivadinęs Malinari, kitur Konstantinas. Jisai apsigyveno Versalio viešbutyje ir pradėjo lankytis įvairiose įstaigose bei fabrikuose, pasisiūlydamas norintiems ištraukti pirštais dantis. Kadangi jisai traukia nemokamai ir, be to, dar „be skausmo", tai pacijentų netrūksta. Be dantų traukimo, jis dar pardavinėja vaistų nuo galvos ir nuo dantų skaudėjimo, imdamas už buteliuką (15,0) po 3 litus. Apsilankęs viename fabrike jisai ištraukė dantų šaknis 16-kai asmenų ir pardavė 30 buteliukų vaistų. Dantų jisai netraukia, o tiktai šaknis, ir tai ne visas (matyti, tik tas, kurios lengva pašalinti). Beveik jokios dezinfekcijos jisai nevartoja: ištraukęs danties šaknį, jis neduoda vaistų burnai plauti, o pirštus tik su vata nusišluosto. Nežiūrint, kad po tokio traukimo yra pavojaus apsikrėsti infekcine liga, ypač syfiliu, visgi norinčių rizikuoti savo sveikata atsiranda nemaža net tarp aukštesniųjų valdininkų; jų tarpe minimas ir vienas gydytojas. Šitasai šundaktaris rūpinasi išgauti iš Sveikatos Dep-to leidimą laisvai praktikuoti Lietuvoje. Šiuo tarpu jo Kaune nėra: sako, išvykęs gastroliuoti į provinciją.

Dantų traukimas pirštais ne naujiena. Šituo būdu traukdavo dantis (o ne vien tik šaknis) senovėje Japonijoj ir Kinijoj. Kalbamas šundaktaris šitokio tobulumo dar nepasiekė. Dantų šaknis, sako, jisai ištraukia drūčiai spausdamas pirštais iš abiejų pusių.

2) Ne taip seniai buvo įdėtas „Liet. Aide“ skelbimas tulo R. A. Mett'o, apsigyvenusio Klaipėdoje ir gydančio ligonius „homeopatiškais, gamtiškais ir saulės spindulių būdais“. Šitas šundaktaris, skelbdamasis „Liet. Aide“, matyti, nori susižvejoti pinigėlių iš mulkių lietuvių.

3) „Liet. Aido“ Nr. 185 ryškioj vietoj išspausdintas šitokis vieno šundaktario skelbimas:

„Dr. Petras Šimaitis

Neprapatas, naturalistas, grįždamas atgal į Ameriką, apsistojo Kaune tiktai iki š. m. rugsėjo mėn. *22* d. **Liaudies namuose, butas 15 Nr.**, ir priima ligonius kasdien nuo *9* val. ryto iki *3* v. po piet.“

„Daktarai neprapatai“ mažai kuo skiriasi nuo šundaktarių. Juos Amerikoje pagamina per kelis mėnesius tam tikrose bizniškose mokyklose, į kurias norint įstoti nereikia jokio mokslo cenzo. „Neprapatai“ visų ligų priežastimi laiko stuburą, kurį ir manko, brauko, masažuoja įvairiais būdais. Galima būtų jie pavadinti savo rūšies masažistais, jeigu jie nedavinėtų savo pacijentąms vaistų.

Nors Sveikatos Dep-tas yra išsiuntinėjęs visų laikraščių redakcijoms aplinkraštį š. m. VII *28* d. Nr. *7427* (žiūr. „Medicinos“ Nr. *7*, *514* p.), kuriame draudžiama dėti panašius skelbimus laikraščiuose be apskrities gydytojo leidimo, bet, matyti, yra laikraščių, kurie minėtų aplinkraščių visai nepaiso.

4) „Socialdemokrato“ š. m. Nr. *33* yra įdėta korespondencija iš Jauneikių k., Joniškio v. Toje korespondencijoje rašoma, kad tenai nusišovė „gydytojas Maciulis“, 70 m. amžiaus, del iškeltos jam bylos už nunuodymą. Tatai buvęs „žmogus pažangus ir geras darbininkų draugas“, neturtingus darbininkus gydydavęs nemokamai. Kadangi „Liet. medicinos, veterinarijos ir farmacijos personalo bei įstaigų sąraše“ 1928 m. tokio „gydytojo Mačiulio“ nėra, jo nėra ir medicinos felčerių sąraše, tai, matyti, ir čia bus vad. šundaktaris.

5) „Liet. Aido“ š. m. Nr. 189 kronikoje yra įdėta žinutė „Įkliuvo „gydytoja“. Joje rašoma, kad už šundaktariavimą ir abortų darymą pakliuvusi į kriminalinės policijos rankas tula E. Bankauskienė, kuri yra „suimta ir traukiama teismo tieson“.

6) Šiame „Medicinos“ numeryje, kronikos skyriuje „felčerių reikalai“ yra įdėtas Liet. medicinos felčerių sąjungos protestas prieš medic. felčerio V. Sidoravičiaus (iš Papilės) neetišką skelbimą.

× **Rezoliucija**, priimta Kauno m. dantų gydytojų visuotinio susirinkimo, įvykusio 1928 m. rugsėjo mėn. 19 dieną, kuriame dalyvavo 41 dantų gydytojas:

Kauno miesto dantų gydytojų visuotinis susirinkimas, apsvarstęs klausimą apie atvykusį į Lietuvą šundaktarį, laiko, kad leidimas niekam nežinomam ir neturinčiam jokio moksliško stažo svetimšaliui daryti be jokios kontrolės plačiu mastu eksperimentus bei manipuliacijas net burnoj centralinių valdžios įstaigų valdininkų, tų pat įstaigų sienose darbo valandomis, o taip pat fabrikuose bei dirbtuvėse darbininkų tarpe ir, be to, plačiai pardavinėti nežinomos ir nepatikrintos sudėties lašus, — yra neleistinas kultūringoje valstybėje reiškinys, prieštaraująs ne tik įstatymams, kuriais reguliuojama gyventojų sveikata, bet ir medicinos bei hygijenos pagrindiniams dėsniams.

Susirinkusieji įgalioja Kauno m. dantų gydytojų Sąjungos Valdybą imtis morališkų ir juridiškų priemonių tolimesnei pasiskelbusio šundaktario darbuotei galą padaryti.

Susirinkimas kviečia visas kitas medicinos draugijas bei sąjungas, o taip pat bendroves, kurioms rūpi žmonių sveikata, prisidėti prie padaryto pareiškimo.

Sutinka su originalu **S. Griliches.**
Kauno m. Dantų gydytojų s-gos Sekretorius.

GYDYTOJŲ REIKALAI.

× **Gydytojai reikalingi:** 1) Vabalninkų ligoninės vedėjo pareigoms eiti. Sąlygos: pagrindinės algos 450 litų mėn., vaikų, švenčių, trimečių priedai; 25% nuo ambulatorinių ir už operacijas pajamų ir butas, kuras, šviesa. Be to, laisvai praktikai plati apylinkė. Prašymus su curriculum vitae siųsti: Biržų apskr. valdybai.

2) Tauragės apskr. sav-bės ligoninei antras gydytojas (ordinatorius). Apie sąlygas sužinoti apskr. Valdyboje.

3) Leipalingyje, Seinų apskr. Leipalingio valsčius duoda subsidijos 70 lt. mėn., miestelis — 100 lt. ir progimnazija — 170 lt. Kreiptis į vietinę aptieką ar Žydų bendruomenę.

4) Žeimelyje, Šiaulių apskr. Sužinoti vaistinėj.

5) Reikalingas gydytojas pasiturinčioj apylinkėj, netoli Klaipėdos ir gelžkelio stoties, miestelyje. Apie sąlygas sužinoti „Pharmakon" B. s. a. a. urmo vaistų sandėlyj, Klaipėda.

6) Kauno m. medicinos-sanitarijos skyrius nuo Naujų Metų pradžios projektuoja padidinti Kauno m. sanitarijos etatus vienu gydytoju. Etatai didinami del sėkmingesnės miesto sanitarijos darbuotės.

× **Dr. Juozas Petrulis,** Rokiškio apskr. gydytojas, iš apskrities gydytojo pareigų atleistas. Rokiškio ap. gydytojo pareigos pavestos laikinai eiti d-rui A. Žemaičiui, apskr. sav-bės ligoninės vedėjui.

× **Dr. L. Vaineikis** galūtinai atleistas iš Palangos rajono gydytojo vietos.

× **Dr. K. Grinius,** Kauno m. valdybos medic.-sanit. skyriaus vedėjas, Draug. kovai su tuberkulioze centro valdybos ir Pieno lašo Draugijos pirmininkas, susirgo ir š. m. rugsėjo mėn. pirmoj pusėj išvyko gydytis Karaliaučiun. Yra žinių, kad Karaliaučiuje Dr. K. Griniui sėkmingai padaryta glaukomos ir kataraktos operacija, ir kad mūsų visų gerbiamas medicinos ir visuom. veikėjas galėsiąs greit sugrįžti vaisingam darbui Lietuvos sveikatos labui.

× **Dr. J. I. Vitkus** su žmona, iš Clevelando, O., viešėjęs Lietuvoje apie 3 mėn., š. m. rugpiūčio mėn. pabaigoje išvyko į Š. Amer. Jungt. Valstijas, į savo nuolatinę gyvenamąją vietą.

× **Lietuvos ir Latvijos mediciniškojo personalo** skaičiai pagal oficialius 1928 metų sąrašus:

Personalo pavadinimas	LIETUVOJ			Latvijoj
	Didž. Lietuvoj	Klaipėdos Krašte	Visoj Lietuvoj	
Gydytojų	443	45	488	1.216
Dantų gydytojų (ir dentistų) .	273	?	273	559
Veterinarijos gydytojų . .	68	8	76	92
Farmaceutų:				
Farmacijos magistrų . .	1	—	1	20
Farmacijos kandidatų .	—	—	—	12
Provizorių	271	19	290	388
Proviz. padėjėjų . .	448	—	448	580
Aptiekos asistentų . .	—	—	—	61
Aptiekų	291	15	306	399

Pastab.: 1. Klaipėdos Krašto dantų gydytojai į 1928 metų sąrašą nėra patekę, taip pat ne visi yra patekę ir farmaceutai.

2. Latvijoj dentistai skyrium nepažymėti: bene bus jie įtraukti į bendrą dantų gydytojų sąrašą. Lietuvoj dentistų yra 61.

3. Farmacijos kandidatų ir aptiekos asistentų Lietuvoj nėra.

× **Dr. A. Domaševičius,** iš Panevėžio, kiekvieną šeštadienį atvyksta į Kauną priiminėti gynekologinių ir akušerinių ligonių, prof. Bagdono bute (Mickevičiaus g. Nr. 16, tel. 324), nuo 10 iki 12 val.

× **Dr. A. Petrikas** paskirtas V. Kauno ligoninės direktorium. Be to, jis yra prižiūrėtoju naujai statomos Krikščion. Meilės Dr-jos ligoninės Kaune, Žaliajame Kalne.

× **Gen. dr. Nagevičius** paskutiniame IV-ojo L. Gyd. Vykdomajame Komitete kooptuotas į šitą Komitetą.

× **Gydytojų klūbas Paryžiuje.** Paryžiuje įsteigtas tarptautinis gydytojų ratelis, turįs klūbą, kur gali susitikti prancūzų gydytojai ir atvykstantieji Prancūzijon gydytojai svetimtaučiai.

× **Medic. personalo skaičius Sibire** 1927 m.: gydytojų, 2245, dantų gydytojų 197, elčerių ir felč.-akrušerių 1856, akušerių 490, medic. gail. seserų 663, farmacininkų 629.

MED. FELČERIŲ REIKALAI.

× **Lietuvos medicinos felčerių Sąjungos Valdybos pranešimas.** Del priežasčių, kurios yra aiškios iš mūsų brošiūros „Felčerizmas Lietuvoje“, felčerių tarpan yra patekę asmenys, kuriems tame tarpe nėturėtų būti vietos. Tokių netinkamų asmenų, žinoma, esama ir kitose profesijose. Nepakankamai inteligentiški profesinio ir net bendro mokslo atžvilgiu, neišauklėti morališkai, jie sąmoningais ar nesąmoningais pasielgimais diskredituoja save ir kitąsyk šokiruoja kitus.

Vienu iš tokių pasielgimų pavyzdžiu gali būti toks p. V. S i d o r a v i č i a u s (iš Papilės) skelbimas:

Ligų gydymas gamta.

Oru, saule, darbu, kompresais, masažu ir gimnastika. Visokias sunkias ligas galiu pagydyti, nuo kurių atsisakę yra dideli gydytojai.

Virš išdėstytais nurodymais išgydau: reumatizmą, podagrą, puolamąją ligą, nerviškumą, vidurių ir vaikų ligas ectr.

Patsai garsintis nenoriu, nes pagarsins tie, kurie taps sveikais.

Aš gyvenu Papilėje ir į Tryškius atvažiuosiu tik turgadieniais, jeigu atsiras pacijentų.

(pas.) Su pagarba Med. fel. V. Sidoravičius.

Ligoniai bus priimami Šimkevičiūtės bute Nr. 8 Telšių g-vė“.

Medicinos felčerių sąjunga šiuo pareiškia, kad p. V. Sidoravičiaus skelbimą ji laiko mediciniškai analfabetišku ir šarlatanišku.

× **Med. felč. Šiaudytis Petras,** kuris už dalyvavimą Raseinių putče buvo gavęs keletą metų sunkiųjų darbų kalėjimo, neseniai Vyr. Tribunolo tapo išteisintas. Jisai sugrįžo į Raseinius ir apsigyveno Ugniagesių g. Nr. 28.

SVEIKATOS REIKALAI.

× **Sveikatos Departamento Sanitarijos Skyriaus** 1928 m. l i e p o s mėn. įregistruota susirgimų apkrečiamomis ligomis: dėmėt. šiltine 12 (mirė 4); vid. šiltine 111 (mirė 4); paratyphus 4; kruvinąja 5; difteritu 25 (mirė 2); mening. cerebrosp. epid. 1; febris puerper. 17 (mirė 3); influenza 354 (mirė 3); kokliušu 345 (mirė 3); tymais 141 (mirė 5); vėjaraupiais 20; maliarija 5; pažandėmis (parotitis epid.) 9; rože 24; tuberkulioze 103; trachoma 456; veneros ligomis 331 (lues'u 155; gonorrhoea 167; minkšt. šankeriu 9); scabies 57; botulismus 1; įkastų pasiut. gyvulių 7; lyssa (pasiutimu) 1 (mirė 1); rubeola 6; septicopyaemia 3 (mirė 1); skarlatina 49 (mirė 3); malleus (įnosėmis) 1.

Klaidų atitaisymas.

D-ro J. Ciplijausko straipsnyje **„Radium ir jo pritaikymas gynekologijoj“** (žiūr. „Medicinos“ 1928, Nr. 7), 455 pusl., 14 ir 13 eilutė nuo apačios, yra parašyta **„esant laikinai moters sterilizacijai“**, o turi būti **„laikinai moters sterilizacijai sudaryti“.**

IV-sis Lietuvos gydytojų suvažiavimas

įvyks šių metų lapkričio mėn. 1—3 d.

Liet. Universiteto I-uose rūmuose

(Kaunas, Duonelaičio g. Nr. 32, Mickevičiaus gatvės kampas).

Tikruoju IV-ojo L. gyd. suv-mo nariu turi teisės būti kiekvienas Lietuvos gydytojas, turįs Lietuvos ar užsienių universiteto gydytojo diplomą ar medicinos daktaro laipsnį ir, be to, sumokėjęs nustatytą suv-mo nario mokestį.

Tikrieji suv-mo nariai gaus nemokamai IV-ojo L. gyd. suv-mo darbus ir turės teisę nemokamai dalyvauti Vykd. Komiteto vaišėse (vakarienėje).

Tikimasi atvykstant į suvažiavimą svečių gydytojų iš Latvijos ir Estijos.

Suvažiavimo atidarymas numatomas lapkričio mėn. 1 d. 15 val.

Ikišiol jau yra įregistruota 55 pranešimai. Iš viso tikimasi pranešimų apie 65. Pranešimų kalba — lietuviška, rusiška ir vokiška. Suvažiavimui sutikus bus galima daryti pranešimai ir kitomis kalbomis. Pranešimui skiriama ne daugiau kaip 20 min., dalyviams diskusijose — ne daugiau kaip po 5 min. Del tokio didelio skaičiaus pranešimų teks sudaryti kelios sekcijos, kurioms teks skyrium posėdžiauti.

Suvažiavimo metu koridoriuose ir kitose patalpose bus leista įvairioms vietinėms bei užsienių firmoms suruošti **mediciniškųjų instrumentų ir naujųjų vaistų parodėlės,** taip pat antraktuose demonstruoti filmos.

Preliminarinė suvažiavimo darbų tvarka su pažymėjimu numatomų pranešimų bus išspausdinta ir išsiuntinėta visiems Gerb. Kollegoms spalių mėn. pirmomis dienomis.

Galutinė suvažiavimo darbų tvarka bus paruošta ir išspausdinta tiktai spalių mėn. gale. Ji bus galima gauti įeinant į suvažiavimo posėdžių salę.

Suvažiavimo dalyviams, atvykstantiems, iš provincijos, lengviau ir greičiau **susirasti Kaune butų padės tam tyčia su-**

organizuotas komitetas. Vykdomojo Komiteto nutarta kreiptis į Kaune gyvenančius Kollegas prašant pranešti, kas iš jų sutiktų kaikuriuos suvažiavimo dalyvius priimti pas save gyventi. Buto gavimo reikalu prašoma iš anksto kreiptis į Vykdomojo Kom-to pirmininką D-rą J. Staugaitį (Kaunas, Mickevičiaus g. 11 a, b. 4, tel. 15-07).

Lapkričio mėn. 1 ar 2 d. vakare ruošiamos visiems suvažiavimo dalyviams **draugiškos vaišės** (vakarienė), kuriose dalyvauti kviečia Vykd. Komitetas Gerb. Kollegas su savo žmonomis.

Lapkričio mėn. 3 d. vakare norintieji galės teatre **operos** pasiklausyti.

Suvažiavimo metu ir suvažiavimui pasibaigus numatomas norinčių **lankymasis** šiose įstaigose bei vietose: Kauno ligoninėse, L. Un-to Medicinos fak-to klinikose bei laboratorijose, Karo ir Kauno miesto muziejuose, Čiurlionies paveikslų galerėjoje, Gamtos tyrimo stotyje, Botanikos sode, „Oze“ ir Žydų vaikų namuose, Radio stotyje, „Maiste“, Kauno apylinkių (resp. Pažaislių), Birštoto kurorto etc. lankyme.

Vykdomasis Komitetas.

Lietuvos gydytojų sąjungos atstovų suvažiavimas

įvyks šių metų lapkričio mėn. 2 d. iš ryto

Liet. Universiteto I-uose rūmuose

(Kaunas, Duonelaičio g. Nr. 32, Mickevičiaus g. kampas).

Visos Lietuvos gydytojų organizacijos kviečiamos dalyvauti šitame suvažiavime, pasiųsdamos į jį savo atstovus.

Gydytojų organizacija, turinti ne daugiau kaip 15 narių, siunčia į suvažiavimą vieną atstovą. Organizacija, turinti daugiau kaip 15 narių, siunčia po vieną atstovą nuo kiekvienų 15 narių; likučiui, mažesniam kaip 15, tenka irgi vienas atstovas.

L. gydytojų organizacijos prašomos pranešti Liet. gydytojų sąjungos Valdybos pirmininko vardu (Adresas: Dr. J. Staugaitis, Kaunas, Mickevičiaus g. 11-a, b. 4, tel. 15-07) svarstytinų suvažiavime klausimų sąrašą ne vėliau kaip iki š. m. spalių mėn. 22 d., kad galima būtų sudaryti išsami suvažiavimo darbų tvarka.

L. gyd. s-gos Valdyba.



FABRITIUS, OSLO.



Norvegijos medicinos tranas.

Pastebėjimo verti rezultatai, gauti iš naujų vitamino tyrinėjimų, privedė Norvegijos me-dicinos traną prie rekordinio suvartojimo visame pasaulyje.

Kas liečia moksliškus tyrinėjimus dėl trano pavartojimo medicinoje, nurodoma į Oslo Universiteto Pharmakologijos In-stituto profesoriaus E. Poulsson specialų mokslo darbą.

Šis mokslo darbas yra išleistas brošiuros formoje su titulu: «Über die Wirkung des Dorschlebertrans und seine medizinische Anwendung.» Brošiurą galima gauti veltui ir franco; kreiptis į žemiau pasirašiųsį komitetą.

AMTLICHES KOMITEE ZUR FÖRDE-RUNG DES GEBRAUCHS VON NORWEGISCHEM MEDIZINTRAN, BERGEN, NORWEGEN

Norvegijos medicinos trano suvartojimui remti Komitetas. Adr. Bergen, Norge.



Vietoj morfino

Eukodal



Tiksliai nuramina skausmus ir gerai pakeliamas



Eukodal'io tabletės po 0,05 g., vamzdeliuose po 10 ir 20 tabl.
Eukodal'io ampulės po 0,01 ir 0,02 g., dėžutėmis po 5 ir 10 amp.

Literatūra pareikalavus.

Moksl. atstovas:

Dr. J. BLIUMENTALIS
Kaunas, Maironio g-vė 4 Nr.

E. MERCK DARMSTADT

INSULIN "A. B."



Brand

Pirmas Europoje pagamintas insulinas.

Insulino „A. B." Brand pranašumai: 1. **Tikras ir pastovus jo veikimas** ko dėliai atatinkamai jį vartojant nyksta glykozurija ir cukraus kraujuje perteklius. 2. **Absoliutus jo grynumas,** ko dėliai nebūna jokios vietinės reakcijos, net ir mėnesiais jį vartojant. 3. **Jo pastovumas,** garantuojamas ne mažiau kaip 12 mėnesių.

Pastaba: Šitas preparatas vartojamas diabetikams gydyti prof. C. v. Noorden'o klinikoje, Frankfurte ant Maino.

Insulinas „A. B." Brand galima gauti kiekvienoj vaistinėj.

5 ccm. buteliukas turi 100 tarptautinių vienetų
25 „ „ „ 500 „ „
5 „ „ „ 200 „ „

Reikalaukite literatūros apie modernišką diabeto gydymą.

The Britisch Drug Houses Ltd. Allen et Hanbury Ltd. London.

General. atstovas Estijai, Latvijai ir Lietuvai: Leopold Laserson, Chemische Fabrik, Berlin S. W. 68, Alte Jakobstr. 20/22.

Atstovas Lietuvai: I. Vilenčukas, Kaunas, Lukšio g. 32, tel. 898.

Akcinė „Varpo" B-vės spaustuvė, Kaunas, Gedimino gatvė Nr. 38.